

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem Comunitária

Relatório de Estágio

Promoção da Literacia Nutricional dos Adolescentes em Contexto Escolar

Rita Martins

Lisboa

2019





Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem Comunitária

Relatório de Estágio

**Promoção da Literacia Nutricional dos Adolescentes em
Contexto Escolar**

Rita Martins

Orientador: Prof.^a Cláudia Bacatum

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Acho que os sentimentos se perdem nas palavras. Todos deveriam ser transformados em ações, em ações que tragam resultados.”

(Florence Nightingale, s.d.)

AGRADECIMENTOS

“Agradeço todas as dificuldades que enfrentei; não fosse por elas, eu não teria saído do lugar. As facilidades impedem-nos de caminhar” (Chico Xavier, s.d.). Foram muitas as pessoas que me ajudaram, principalmente nos momentos mais difíceis e, por isso, quero agradecer:

À Sr.^a Professora Cláudia Bacatum, pela orientação e disponibilidade constante, bem como pela compreensão e palavras de motivação.

À Enfermeira Cristina e à Enfermeira Rita por todo o apoio e paciência durante esta caminhada.

À equipa da UCC que me recebeu amavelmente e que demonstrou o seu apoio.

À equipa coordenadora do PES que demonstrou, desde o primeiro momento, disponibilidade e ajuda.

Ao grupo de alunos que aceitou participar no projeto, pela disponibilidade.

Aos colegas do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária que partilharam comigo esta caminhada.

Aos meus amigos, pela paciência e apoio que demonstraram.

À minha família, nomeadamente aos meus pais Lurdes e Luís e à minha irmã Inês pelo carinho e compreensão, principalmente nos momentos em que não consegui estar presente. Ao Francisco, pelo amor e apoio permanente, por ter suportado a minha ausência em tantos momentos, pelas palavras de motivação que não me deixaram desistir.

Obrigada por fazerem parte da minha vida!

LISTA DE ABREVIATURAS

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DCNT – Doenças Crónicas não Transmissíveis

DGE – Direção-Geral da Educação

DGS – Direção-Geral de Saúde

ECA – Escala de Comportamentos Alimentares

EEECSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

EpS – Educação para a Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSE - Plano Nacional de Saúde Escolar

PNS – Plano Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

A prevalência de obesidade em Portugal nos adolescentes de 11, 13 e 15 anos é de 5%, tendo existido um aumento de 0.3% desde 2002 (World Health Organization [WHO], 2017). Os hábitos alimentares inadequados são o principal fator de risco tendo em conta o número total de anos de vida saudáveis perdidos (15.8%) (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2017), consequentemente, estamos perante um grave problema de saúde pública.

Tendo em consideração que existem diversos fatores que influenciam as escolhas alimentares dos adolescentes, é emergente definir estratégias e intervenções que promovam escolhas alimentares adequadas.

Para concretizar este projeto, recorreu-se à metodologia do Planeamento em Saúde e foi utilizado o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender como referencial teórico de Enfermagem

O presente projeto teve como principal objetivo, promover a aquisição de hábitos alimentares adequados dos alunos do 10ºano de uma escola secundária abrangida pelo plano de atividades da equipa de Saúde Escolar da UCC do ACES de Sintra. Entre setembro e outubro de 2018 foi realizado o diagnóstico de situação de uma amostra de 50 alunos. Posteriormente, entre novembro de 2018 e fevereiro de 2019 foi realizada a intervenção comunitária.

Após a análise dos dados obtidos, foram identificados como problemas: hábitos alimentares pouco diversificados e escolhas alimentares inadequadas.

A fim de promover escolhas alimentares adequadas foram selecionadas como estratégias de intervenção a comunicação em saúde e a educação para a saúde através da realização de sessões de educação para a saúde para aquisição de conhecimentos que possibilitem mudanças de comportamento futuramente.

Embora não fosse possível o reconhecimento efetivo de mudança de comportamento devido ao fator temporal, foi possível verificar a existência da melhoria de conhecimentos relativos à importância de escolhas alimentares adequadas. Neste sentido, foram atingidos os objetivos propostos.

Palavras-chave: escolhas alimentares, enfermagem comunitária, promoção de saúde.

ABSTRACT

The prevalence of obesity in Portuguese teens (11, 13 and 15 years old) represents 5% of the whole teen population in the country, with an increase of 0.3% since 2002 (World Health Organization [WHO], 2017, which means that we are facing a serious public health problem.

Bearing in mind that there are many factors that influence the alimentary choices of the youth, it is urgent to define strategies to intervene and promote the right alimentary choices.

With this goal as target, this project used the methodology of health planning and Nola Pender's Health Promotion Model as theoretical reference of nursing.

This project had its main goal in the promotion of healthy alimentary habits amongst the students of the tenth grade in a local high school that was associated with the school health team from UCC ACES Sintra. Between September 2018 and October 2018, a diagnosis was made of the situation of 50 students. Between November 2018 and February 2019, the community intervention was made.

After the analysis of the collected data two problems emerged: lack of variety in the alimentary habits and poor choices of aliments.

In order to promote adequate choices two strategies were chosen: in health communication and health education with the promotion of pedagogic sessions so that the students could develop knowledge the would enforce changes in their behavior.

Although it was not possible to recon an effective change of behaviors due to the lack of time for observation, it was possible to verify improvements in the knowledge that the students demonstrated about the importance of right alimentary choices. The targeted goals were, on this way, accomplished.

Key-words: alimentary choices, community nursing, health promotion

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	6
1.1. Literacia Nutricional.....	6
1.2. Alimentação Saudável na Adolescência.....	8
1.3. Promoção da Saúde dos Adolescentes em Meio Escolar.....	10
1.4. Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública na Promoção da Literacia Nutricional em Adolescentes.....	12
1.5. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender na Promoção da Literacia Nutricional dos Adolescentes.....	14
2. METODOLOGIA.....	17
2.1. Planeamento em Saúde.....	17
2.2. Diagnóstico da Situação.....	17
2.2.1. Contexto.....	17
2.2.2. População e Amostra.....	18
2.2.3. Colheita de Dados.....	18
2.2.4. Questões Éticas.....	19
2.2.5. Análise dos Dados.....	20
2.2.6. Problemas identificados/Diagnóstico de Enfermagem.....	21
2.3. Determinação de Prioridades.....	21
2.4. Fixação de Objetivos.....	23
2.5. Seleção das Estratégias.....	25
2.6. Preparação Operacional/Programação.....	27
2.7. Avaliação.....	28
3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA DESENVOLVIDAS NA PROMOÇÃO DA LITERACIA NUTRICIONAL DOS ADOLESCENTES.....	30
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
ANEXOS	
ANEXO I – DIAGRAMA DO MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DE NOLA PENDER	
ANEXO II – DIAGRAMA DO MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DE NOLA PENDER ADAPTADO	
ANEXO III – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	

ANEXO IV – AUTORIZAÇÃO DOS AUTORES DO QUESTIONÁRIO

ANEXO V – PARECER DA COMISSÃO NACIONAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

ANEXO VI – PARECER DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO

ANEXO VII – PARECER DA DIREÇÃO DO ACES DE SINTRA

APÊNDICES

APÊNDICE I – REVISÃO *SCOPING*: CINHAL E MEDLINE

APÊNDICE II – CRONOGRAMA

APÊNDICE III – CONSENTIMENTO INFORMADO

APÊNDICE IV – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

APÊNDICE V – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

APÊNDICE VI – PLANO OPERACIONAL

APÊNDICE VII – ATIVIDADE 1 E 2

APÊNDICE VIII – ATIVIDADE 3

APÊNDICE IX – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS DA
SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

APÊNDICE X– INDICADORES DE ATIVIDADE

APÊNDICE XI – INDICADORES DE RESULTADO

INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório surge no âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório, integrado no 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e cuja finalidade é o desenvolvimento e aquisição de competências na referida área, através da intervenção comunitária e aplicação de metodologias, bem como, referenciais teóricos adequados à população em estudo.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP), assume um papel preponderante na capacitação dos indivíduos, grupos ou comunidades, uma vez que, os deve reconhecer como sujeitos ativos no seu processo de saúde, admitindo que os mesmos são detentores de capacidades que lhes permitem exercer a sua autonomia. É também importante referir que, mais do que reconhecer a autonomia do outro, se pretende capacitar a pessoa para a tomada de decisão sobre o seu processo de saúde (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2009).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015), um em cada três adolescentes em todo o mundo era obeso (Dick & Ferguson, 2015). No documento *Adolescent obesity and related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region 2002-2014*, é possível verificar que a prevalência de obesidade em Portugal nos adolescentes de 11, 13 e 15 anos é de 5%, tendo existido um aumento de 0.3% desde 2002 (WHO, 2017). Este aumento sugere que seria benéfico a existência de mais intervenções para combater os maus hábitos alimentares e a reduzida atividade física, atividades essenciais para travar o aumento do número de adolescentes com obesidade.

Em Portugal, os hábitos alimentares inadequados são o principal fator de risco tendo em conta o número total de anos de vida saudáveis perdidos (15.8%), sendo que, este fator de risco é passível de ser modificado através de uma estratégia planeada para a promoção de uma alimentação saudável. (DGS, 2017). A infância e a adolescência são consideradas as faixas etárias mais sensíveis a carências ou à desadequação alimentar e, por isso, a alimentação saudável assume um papel fundamental no seu desenvolvimento para além de prevenir o aparecimento de diversas patologias associadas a hábitos alimentares inadequados (DGS, 2006).

O Plano Nacional de Saúde (PNS) revisão e extensão a 2020, propõe “Uma cultura de cidadania que vise a promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, de modo que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende” (DGS, 2015b, p.14).

Considerando esta realidade a intervenção de enfermagem comunitária, para a prevenção do excesso de peso e a obesidade nas crianças e jovens, apresenta-se como uma área prioritária nos cuidados de saúde primários. Melhorar a saúde e a qualidade de vida, mais do que capacitar as pessoas e as comunidades para agir, implica reconhecer as suas competências e potencialidades e facilitar as suas escolhas (DGS, 2015a).

De facto, os programas de promoção da saúde desenvolvidos em meio escolar podem ser efetivos na capacitação dos adolescentes para o desenvolvimento de comportamentos de saúde, tais como adoção de comportamentos alimentares saudáveis (Pender, 2011). Tendo em conta a importância da aquisição de conhecimentos nutricionais e do desenvolvimento de comportamentos alimentares adequados nos adolescentes, com o objetivo de contribuir para a prevenção do excesso de peso e obesidade, desenvolveu-se uma intervenção em meio escolar. Optou-se por este tipo de intervenção, dado que, se trata de um local de formação e aprendizagem onde as crianças passam a maior parte do tempo e onde constroem as bases dos seus conhecimentos (DGS, 2015a).

Assim, no período de setembro de 2018 a fevereiro de 2019, foi desenvolvida uma intervenção comunitária com a finalidade de contribuir para a promoção da literacia nutricional dos alunos do 10º ano de escolaridade de uma escola secundária do concelho de Sintra.

O presente relatório de intervenção comunitária é elaborado com base na metodologia de suporte à intervenção e do planeamento em saúde tendo como referência o autor António Tavares (1990) e como referencial teórico de enfermagem o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (2015). Para a fundamentação teórica e justificação da problemática realizou-se uma “*Scoping Review*”, nas bases de dados CINAHL e MEDLINE (Apêndice I).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Literacia Nutricional

A literacia nutricional tem ganho destaque nos últimos tempos e é considerada não só um fator determinante da saúde da população, mas também representa uma estratégia promissora para lidar com problemas complexos de saúde pública, desde a obesidade até à sustentabilidade ambiental (Palumbo, 2016).

De acordo com Vidgen & Gallegos (2014), a literacia nutricional diz respeito aos conhecimentos, habilidades e comportamentos que são necessários para planejar, gerir, selecionar e preparar as refeições e os alimentos que necessitamos ingerir diariamente. A literacia nutricional representa ainda o alicerce que permite capacitar os indivíduos, famílias e comunidades para escolhas alimentares adequadas e, consequentemente, influencia a qualidade das dietas. A literacia nutricional está intimamente relacionada com o conceito de literacia em saúde que, atualmente, é definida como a “capacidade dos indivíduos obterem, processarem, compreenderem, avaliarem, e utilizarem informações e conceitos de saúde de modo a fazerem escolhas informadas, reduzindo deste modo os riscos de saúde e aumentarem a sua qualidade de vida” (Easton, Entwistle, & Williams, 2013; Gibbs, 2012; Guttersrud & Petterson, 2015; Rowlands et al., 2013).

A literacia em saúde diz respeito ao conjunto de competências individuais, e estas podem ser agrupadas em quatro domínios: o conhecimento cultural e conceptual, a capacidade de ouvir e falar, a capacidade de ler e escrever e a numeracia (Nutbeam, 2007). O mesmo autor afirma que a literacia em saúde pode ser desenvolvida incidindo em intervenções educacionais que estão sujeitas a um determinado contexto específico e à influência das interações entre o indivíduo e o meio que o rodeia. A literacia é constituída essencialmente por 2 elementos fundamentais, as tarefas (*tasks*) e as competências (*skills*). A literacia baseada nas tarefas, representa a capacidade que o indivíduo tem para conseguir realizar determinadas tarefas, como ler um texto básico ou escrever frases simples. No que diz respeito à literacia baseada em competências, esta centra-se no nível de conhecimento e competências que as pessoas devem ter para realizar tais tarefas (Nutbeam, 2009).

Com efeito, a literacia nutricional pode ser entendida como uma forma específica de literacia em saúde (Krause, Sommerhalder, Beer-Borst, & Abel, 2016). Aumentar o nível de literacia em saúde “é uma estratégia de *empowerment* para aumentar o controlo das pessoas sobre a sua saúde, a capacidade para procurar informação e assumir responsabilidades” (Loureiro e Miranda, 2010, p. 133). Além disso, é reconhecido que os indivíduos com níveis baixos de literacia em saúde, apresentam maiores dificuldades em completar tarefas relacionadas com a nutrição, nomeadamente, seguir as recomendações alimentares dos profissionais de saúde, ler os rótulos dos produtos alimentares e tomar decisões quando confrontados com as diferentes opções do mercado e estão menos preparados para consumir a quantidade diária recomendada de frutas e hortícolas (Speirs et al., 2012).

O conceito de literacia nutricional representa, não só, o conhecimento relativamente aos alimentos e nutrientes, mas também, as competências e capacidades dos indivíduos para a realização das escolhas (Cullen, et al., 2015). Por um lado, a elevada literacia nutricional dos adolescentes está, não só, associada à preferência por alimentos saudáveis e ao aumento do consumo de frutas e produtos hortícolas mas também, à diminuição do consumo de *fastfood* e de *snacks* embalados ou transformados (Burrows et al., 2015; Utter et al., 2016). Por outro lado, níveis baixos de literacia nutricional estão associados a uma falta de conhecimentos nutricionais, tais como cozinhar e ter confiança na preparação de alimentos que são considerados barreiras para comportamentos alimentares saudáveis (Nicklas et al., 2013).

Atualmente, a evidência demonstra a importância do desenvolvimento de competências e conhecimentos relacionados com o aumento da literacia nutricional, dado que, é cada mais evidente que os adolescentes dão maior preferência a alimentos pouco saudáveis, como, por exemplo, *fast food* e pré-embalados (Chung, 2017). Há também evidência de que existe uma relação positiva entre a literacia nutricional e os hábitos alimentares adequados nas crianças na qual se pode observar uma grande capacidade de obter benefícios para a saúde em virtude de uma dieta saudável e equilibrada como resultado da sua participação num programa de educação para a saúde no domínio da literacia nutricional (Nowak, et al., 2012).

Uma vez que, a literacia nutricional afeta a capacidade de um indivíduo avaliar as informações acerca das escolhas alimentares, nomeadamente, dos rótulos dos alimentos, tomar precauções ao nível da segurança alimentar, usar métodos saudáveis para a confeção dos alimentos e aplicar recomendações dietéticas, o enfermeiro pode ser um agente facilitador do processo de aprendizagem (Chung, 2017).

Neste sentido, tais evidências sugerem que a literacia nutricional é um meio adequado para facilitar comportamentos alimentares saudáveis dos adolescentes, pelo que se torna essencial dotar os mesmos de conhecimentos acerca da composição dos diversos tipos de alimentos.

1.2 - Alimentação Saudável na Adolescência

Uma alimentação saudável requer a ingestão de diversos tipos e variedades de alimentos. Os alimentos possuem diferentes características nutricionais e todos eles são importantes para o crescimento e desenvolvimento das crianças e dos adolescentes. Neste sentido, é importante que haja um equilíbrio na ingestão dos mesmos, pelo que, os produtos hortícolas, frutos, cereais e leguminosas que são alimentos ricos em fibra, vitaminas, sais minerais e com baixo teor de gordura, são alimentos essenciais no quotidiano, visto que, a maior parte das calorias que ingerimos diariamente devem ser provenientes de alimentos de origem vegetal (DGS, 2002). Uma alimentação adequada e equilibrada constitui uma necessidade básica indispensável à manutenção da vida, pois para além de fornecer energia, construir e reparar estruturas orgânicas, regula os processos de funcionamento do nosso organismo e é também um importante instrumento de socialização e de expressão cultural (DGS, 2006).

Segundo a OMS, o baixo consumo destes alimentos é um dos dez principais fatores de risco para a mortalidade e morbilidade do mundo. De acordo com o Relatório Mundial da Saúde 2002, o baixo consumo de hortofrutícolas é responsável por cerca de 19% dos cancros gastrointestinais, 31% da doença cardiovascular isquémica e 11% dos enfartes de miocárdio (DGS, 2006).

Num dos relatórios emitidos pela OMS em 2008 constata-se que a alimentação inadequada é considerada como um dos quatro principais fatores de risco para o aparecimento das doenças crónicas não transmissíveis (DCNT) (WHO, 2008), por consequência, um consumo alimentar adequado e a consequente melhoria do estado nutricional dos cidadãos tem um impacto direto na prevenção e controlo das doenças mais prevalentes, tais como, doenças cardiovasculares, oncológicas, diabetes, obesidade e alguns tipos de cancro (DGS, 2017).

De acordo com a análise da *International Obesity Task Force – Childhood Group* (IOTF) de 2004, a prevalência mundial de sobrepeso era de 10% e de obesidade de 2-3% na população entre os 5-17 anos de idade (Lobstein et al., 2004). Num estudo de 2007 da WHO, no qual foram incluídos 32 países, a prevalência média de sobrepeso e obesidade aos 13 anos era de 14,4% no sexo masculino e 9,3% no feminino e de 8,2 e 6,0% aos 15 anos, respetivamente (WHO, 2007). Portugal, é considerado um dos países europeus com maior prevalência de obesidade infantil e juvenil (Ferreira, J.S.; Loureiro, I.; Carmo, I., 2010). Segundo o IAN-AF (Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física) (2016), em Portugal, a prevalência de obesidade e de pré obesidade em adolescentes é, respetivamente, de 8.7% e 23.6%. No que diz respeito ao consumo alimentar das crianças e adolescentes em Portugal, constatou-se que consomem maior quantidade de leite, iogurte e leite fermentado e de cereais de pequeno-almoço. No entanto, são os grupos da população que ingerem menor quantidade de fruta e produtos hortícolas (DGS, 2017).

A alimentação é um ato que possui grande impacto na saúde individual e coletiva, já que, a nutrição é um ato voluntário e a forma como nos alimentamos e o que ingerimos é uma escolha individual que tem influência na nossa saúde. Quer as escolhas alimentares desadequadas, quer os excessos alimentares podem conduzir-nos à obesidade e a outras doenças crónicas não transmissíveis. Uma alimentação saudável pode ser, efetivamente, promotora da saúde e indutora do bem-estar. (Direção-Geral de Educação [DGE]; DGS, 2017)

Os fatores de risco relacionados com a alimentação que favorecem o aparecimento de doenças crónicas, iniciam-se na infância e na adolescência (Moreno et al 2008). A obesidade nas crianças e adolescentes está associada a uma maior probabilidade de obesidade e incapacidade na vida adulta, assim como, de comorbilidades inerentes e morte prematura (Reilly & Kelly, 2011). Havendo um maior

risco de desenvolvimento de problemas psicossociais, como baixa autoestima, *bullying*, depressão, conduzindo ao isolamento social e baixo rendimento escolar (WHO, 2014a). Face ao exposto, é pertinente uma intervenção precoce de forma a promover escolhas alimentares conscientes e informadas possibilitando um crescimento saudável dos adolescentes.

A adolescência caracteriza-se por ser uma etapa do desenvolvimento humano em que ocorrem profundas transformações não só a nível biológico, mas também psicológico e social e é vista como a fase de transição entre a infância e a vida adulta (Braconnier, A; Marcelli, D., 2000). Esta fase, destaca-se pelas elevadas necessidades energéticas e de ingestão de nutrientes, devido ao rápido crescimento físico que se verifica tornando, por isso, fundamental a existência de um regime alimentar adequado e equilibrado.

A OMS (1995), considera que a adolescência é o período entre os 10 e 19 anos de idade, sendo marcado pelo rápido crescimento e desenvolvimento e, caracterizando-se também pelo aparecimento de questões relacionadas com os estilos de vida e nutrição, devido às mudanças inerentes à puberdade. Efetivamente, este é um período importante para a construção de hábitos, no qual os adolescentes devem optar por estilos de vida saudáveis, nomeadamente, por escolhas alimentares adequadas. Torna-se importante a supervisão da qualidade dos alimentos consumidos durante a adolescência, porque, o conhecimento dos fatores promotores de mudanças no comportamento alimentar durante esta fase, são pouco conhecidos existindo uma prática frequente de jejum, dietas irregulares e restritas, consumo compulsivo ou frequente de alimentos altamente energéticos, ricos em açúcares e gorduras, em substituição de alimentos saudáveis (Francis, D.K. et al., 2009).

1.3 - Promoção da Saúde dos Adolescentes em Meio Escolar

Ao longo dos anos o conceito de saúde foi evoluindo. Os atuais pontos de vista sobre a saúde consideram a pessoa de forma holística e relacionam o seu estado com as características da sociedade e do meio em que se integram. Um exemplo disso é o conceito que surge em 1948 pela OMS, que declara que a saúde envolve “um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” e considera ainda que este é um direito fundamental do ser humano, que deve ser

garantido. (WHO, 2001 p.1; citado por WHO, 2005). De acordo com Pender (2011, p.9) o conceito de saúde é perspectivado considerando os aspetos individual, familiar e comunitário, com ênfase na melhoria do bem-estar, no desenvolvimento de capacidades e não como ausência de doenças, devendo ser tido em conta durante todo o processo de desenvolvimento do ser humano, tendo em consideração idade, raça e cultura, numa perspetiva holística.

A Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978), que representou um marco importante no movimento da “Saúde para Todos”, a saúde passou a ser entendida num sentido positivo como um recurso da maior importância para o desenvolvimento social, devendo constituir um direito humano fundamental (OMS, 1979). Na primeira conferência para a promoção da saúde, Carta de Ottawa (1986) a promoção da saúde começa a ser pensada, debatida, valorizada e é reconhecida como um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e comunidades para controlar a sua saúde, no sentido de a melhorar, sendo a saúde entendida como um recurso para a vida e que salienta os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas (OMS, 1986).

De acordo com o Programa Nacional de Saúde Escolar (2015), a maioria dos problemas de saúde e de comportamentos de risco, relacionados com o ambiente e com os estilos de vida, podem ser prevenidos ou até mesmo reduzidos através de projetos de saúde escolar bem definidos. Neste sentido, a escola para além de constituir um espaço seguro e saudável, também facilita a adoção de comportamentos saudáveis, encontrando-se numa posição privilegiada para promover e manter a saúde da comunidade educativa (DGS, 2015). De igual forma, o Referencial de Educação para a Saúde, a “Promoção e Educação para a Saúde (PES) em meio escolar é um processo contínuo que visa o desenvolvimento de competências das crianças e dos jovens, permitindo-lhes confrontarem-se positivamente consigo próprios, construir um projeto de vida e serem capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis” (DGE; DGS, 2017, p.6).

Em meio escolar, educar para a saúde consiste em dotar as crianças e os jovens de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao seu bem-estar físico, social e mental, bem como a saúde dos que os rodeiam, conferindo-lhes assim um papel interventivo (DGE,

2017). A escola representa, então, um espaço de aprendizagem onde as crianças e os jovens passam a maior parte do tempo e, por isso mesmo, é considerado um meio privilegiado para desenvolver estratégias para manter e promover a saúde. Assim, através da implementação de estratégias de promoção de saúde em ambiente escolar direcionadas para as reais necessidades da comunidade educativa é possível desenvolver e obter ganhos em saúde.

Uma vez que, os comportamentos alimentares não saudáveis durante a adolescência são um fator de risco identificado para o desenvolvimento de doenças não transmissíveis, como excesso de peso e obesidade (The Lancet, 2012), as intervenções educacionais em meio escolar são essenciais para obter mudanças nos comportamentos, de modo a capacitar os indivíduos para a tomada de decisão. A adolescência representa um estágio do ciclo vital, no qual existe uma crescente capacidade de desenvolvimento de comportamentos alimentares saudáveis através do aumento do conhecimento no que diz respeito ao consumo dos alimentos, bem como, dos seus constituintes. (WHO, 2014b).

1.4- Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na Promoção da Literacia Nutricional em Adolescentes

A OMS realça o papel dos enfermeiros na promoção da saúde e prevenção da doença, identificação de necessidades, no planeamento, execução e avaliação de cuidados, com o intuito de ajudar os indivíduos, famílias e grupos a determinar e a concretizar o seu potencial físico, mental e social, nos contextos em que vivem e trabalham (citado em Ordem dos Enfermeiros, 2006, p.29-31). Simultaneamente, o papel do enfermeiro especialista é determinante na consecução das metas preconizados pelo Plano Nacional de Saúde (PNS) e a promoção da literacia nutricional permite contribuir para “controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento até 2020”. (PNS, 2015, p.12). Poder-se-á dizer que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP), pelas suas competências, tem um papel preponderante na concretização dos programas de saúde e projetos de intervenção na comunidade para a prevenção de comportamentos alimentares desadequados e, consequentemente, de obesidade.

A OE define no Regulamento nº128/2011 o perfil de competências específicas do EEECS, através do qual podemos observar que o enfermeiro especialista é aquele que, de acordo com a formação especializada desenvolveu e adquiriu competências que lhe permitem elaborar

“atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados”, demonstrando ainda um “entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (Diário da República p.8667).”

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, o EEECS tem como alvo das suas intervenções os grupos e as comunidades e apoia-os no sentido de alcançarem o máximo potencial de saúde, através da promoção da saúde e da prevenção da doença (OE, 2011). Por isso, a promoção da saúde é utilizada pelo EEECS como uma valiosa ferramenta que permite capacitar os adolescentes para que sejam capazes de controlar e melhorar a sua saúde. O envolvimento do EEECS na promoção e desenvolvimento de competências e conhecimentos sobre a saúde permite capacitar os indivíduos não só para a tomada de decisão, mas também, para a resolução de problemas e para a realização de escolhas adequadas aos seus comportamentos, de forma a influenciar de forma positiva a sua saúde.

O Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), define a saúde individual e coletiva como uma das quatro áreas de intervenção prioritária e refere ainda que compete à saúde escolar zelar pela saúde física e mental das crianças e dos jovens. (PNSE, 2006). Neste sentido, a saúde escolar assume uma elevada importância no desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde, uma vez que, a capacidade dos adolescentes tomarem decisões sobre os seus comportamentos de saúde e de os adotarem, é maior quando eles podem participar e intervir no ambiente social, educacional e físico em que se movem (WHO, 1999). Assim, o enfermeiro da comunidade possui também um papel ativo na execução dos objetivos apresentados pelo PNSE, os quais permitem ir ao encontro das necessidades da comunidade escolar, centrando a sua prática na promoção da saúde.

1.5- Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender na Promoção da Literacia Nutricional dos Adolescentes

O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender assenta numa abordagem de promoção da saúde destacando o papel do indivíduo na gestão dos seus comportamentos. Neste sentido, a promoção da saúde é entendida como um comportamento que é estimulado pelo desejo de aumentar o bem-estar e valorizar o potencial dos indivíduos para atingirem um determinado nível do seu estado de saúde, pelo que, o papel do enfermeiro emerge quando este é capaz de contribuir para que o indivíduo se torne autónomo na tomada de decisão de determinado comportamento e que adote estilos de vida saudáveis (Pender, Murdaugh e Parsons, 2015).

Este modelo defende que cada pessoa tem características e experiências individuais únicas que influenciam o seu comportamento. Neste sentido, este modelo conceptual assenta na promoção de comportamentos saudáveis como resultado comportamental desejado. O Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender apoia os enfermeiros, na medida em que, possibilita não só compreender os principais determinantes da saúde, mas também, serve como base de aconselhamento para a promoção de comportamentos e de estilos de vida saudáveis (Pender, 2011). Trata-se, portanto, de um modelo em que o processo de promoção de saúde engloba três vertentes: a educação para a saúde, a prevenção da doença e a proteção da saúde (Pender, Murdaugh e Parsons, 2015). Neste sentido, selecionou-se este modelo como referencial para o desenvolvimento da intervenção por se tratar de um modelo de enfermagem que pode ser utilizado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, permitindo avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde através da análise dos três principais componentes: as características e experiências pessoais, os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se pretende adquirir e o comportamento de promoção da saúde desejável (Victor, Lopes e Ximenes, 2005). Deste modo, e de acordo com o quadro de referência de enfermagem considerou-se como princípios:

ENFERMAGEM COMUNITÁRIA é o processo colaborativo que capacita grupos (adolescentes) para o desenvolvimento de condições favoráveis à saúde.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM são intervenções de apoio, educação, orientação e supervisão através de estratégias de promoção de comportamentos de saúde (literacia nutricional) e de prevenção da doença (obesidade e co-morbilidades associadas) tendo como foco as respostas dos grupos (adolescentes) aos processos de vida e problemas de saúde.

CLIENTE são adolescentes enquanto grupo social em inter-relação com o ambiente e cujo comportamento de saúde (alimentação) é condicionado por características de grupo e experiências anteriores. Usam os recursos internos e externos e a motivação como potencial para a autonomia, tomada de decisão e compromisso com a saúde.

AMBIENTE é a escola como contexto social, cultural e físico no qual é possível desenvolver condições favoráveis à saúde, à promoção de comportamentos de saúde e prevenção da doença.

(adaptado de Pender, Murdaugh e Parsons, 2015).

Os fatores pessoais influenciam as características dos indivíduos e as experiências de cada um e dividem-se em 3 categorias: biológicos, psicológicos e socioculturais. Os fatores biológicos incluem variáveis como a idade e o sexo, os psicológicos variáveis como a autoestima, automotivação e o estado de saúde percebida. Os fatores socioculturais incluem variáveis como a raça, o nível educacional e o status socioeconómico (Pender, Murdaugh e Parsons, 2015).

A especificidade das necessidades e dos problemas de saúde das crianças e adolescentes resulta, não tanto da patologia do foro médico, mas, sobretudo das consequências possíveis de alguns tipos de comportamento, da ocorrência de determinados incidentes e do mal-estar psicoafetivo, relacional e ambiental que podem interagir com o seu crescimento e desenvolvimento (OE, 2010).

O Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender contribui para a melhoria dos cuidados, e consequentemente, para a promoção da saúde pois fornece-nos uma estrutura simples e clara, na qual o enfermeiro pode realizar um cuidado de forma individual, ou em grupo, permitindo planear as intervenções e avaliar as suas ações (Victor, Lopes e Ximenes, 2005).

Neste sentido, a promoção da literacia nutricional representa uma importante estratégia para prevenir comportamentos alimentares desadequados e, através deste modelo, é possível identificar os comportamentos prévios associados aos seus hábitos alimentares e conhecimentos de nutrição. Além disso, permite observar que determinados comportamentos específicos, podem ser modificados através de uma intervenção de enfermagem. Por fim, após identificar tais comportamentos é possível elaborar um plano de intervenção para o desenvolvimento de um comportamento de promoção de saúde desejável.

2. METODOLOGIA

2.1. Planeamento em Saúde

Segundo Tavares (1990, p.29), o planeamento em saúde é “um auxiliar na tomada de decisão que permite uma racionalização na aplicação dos recursos de saúde, que são sempre escassos seja qual for o país ou o sistema de saúde adotado”. Para Imperatori & Giraldes (1986, p. 3) o planeamento em saúde é:

“um processo de intervenção sobre a realidade socioeconómica ou sobre alguma das suas múltiplas vertentes (a saúde, por exemplo) que, para passar a uma prática institucionalizada, carece de uma base de aceitação alargada (legitimação social), o que só é possível através de um esforço amplo de informação.”

O planeamento em saúde é uma metodologia científica através da qual se conseguem determinar os problemas de saúde existentes e estabelecer prioridades de atuação a fim de se alcançar, uma redistribuição de recursos que conduza a uma maior eficiência, resultante de uma melhor utilização dos mesmos para atender às necessidades de saúde das populações (Imperatori, 1993; Tavares, 1990).

2.2. Diagnóstico de Situação

De acordo com Tavares (1990), é através do diagnóstico de situação que são identificados os problemas de saúde da população em estudo e determinadas as suas necessidades (Tavares, 1990). Esta etapa do processo de planeamento em saúde deve corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento. No entanto, o diagnóstico deve ser breve para não despender demasiadas energias e tempo na sua elaboração, prejudicando as etapas seguintes, e deve ser claro, de forma a ser facilmente compreensível por todos os intervenientes (Imperatori e Giraldes, 1992).

2.2.1. Contexto

O contexto de intervenção comunitária foi uma escola secundária do concelho de Sintra. Este estabelecimento de ensino tem 1418 alunos distribuídos pelos diferentes anos de escolaridade, 120 professores, 23 auxiliares de ação educativa, 11 administrativos e 2 psicólogos.

Neste sentido, o projeto de intervenção integrou o plano de atividades da equipa de Saúde Escolar da UCC do ACES de Sintra que é constituída por catorze enfermeiros, um médico, um psicólogo, um fisioterapeuta, um higienista oral e uma assistente técnica, sendo que, abrange cerca de 113.959 utentes, dos quais estão inscritos 105.855. Relativamente à equipa de saúde escolar, esta é coordenada por uma enfermeira e é constituída por três enfermeiros.

2.2.2. População e Amostra

Definiu-se como população os alunos inscritos no 10ºAno num total de cerca de 320 alunos que frequentam uma escola secundária abrangida pelo plano de atividades da equipa de Saúde Escolar da UCC do ACES de Sintra.

Tendo em consideração as limitações temporais, académicas e do contexto, foram definidos os seguintes critérios de inclusão da amostra:

- Alunos inscritos no 10ºAno de escolaridade de uma escola secundária da área geográfica do ACES de Sintra.
- Alunos que aceitaram participar no projeto.

Obteve-se uma amostra não probabilística por conveniência ou acidental que, tal como refere Fortin (2009), é composta por indivíduos que estão facilmente acessíveis, que reúnem determinados critérios precisos e permite também escolher os indivíduos que estão no local certo num determinado momento.

2.2.3. Colheita de Dados

De acordo com o Modelo de Promoção de Saúde é necessário identificar os fatores influenciadores para compreender melhor os comportamentos saudáveis (Pender, 2011). Deste modo, com vista a identificar as escolhas alimentares, enquanto características e experiências individuais, foi selecionada a Escala de Comportamentos Alimentares (ECA), validada para a língua e cultura portuguesas e para a qual foi solicitada a autorização dos autores (Anexo II). A referida escala é composta por 40 itens que se encontram distribuídos de forma desigual por quatro dimensões: quantidade alimentar, qualidade alimentar, variedade alimentar e adequação alimentar. Os 40 itens são avaliados por uma escala tipo Likert, de ordem intervalar.

A colheita de dados foi realizada no período de outubro/novembro de 2018 sendo de autopreenchimento.

Para o tratamento de dados recorreu-se ao programa *Statistical Program for Social Sciences* (SPSS) e realizada a análise descritiva, mais especificamente através da distribuição de frequências uma vez que “permite organizar e classificar uma quantidade de dados que, à primeira vista, pode parecer desprovido de sentido” e “permite distinguir rapidamente os scores elevados e os scores mais baixos” (Fortin, 2009, p.411).

2.2.4. Questões Éticas

No que diz respeito ao instrumento de colheita de dados foi pedida autorização aos autores, que concederam a mesma. Foi pedida autorização para realização deste projeto à Coordenadora da UCC do ACES de Sintra, bem como à Exma Sr^a. Diretora do ACES de Sintra, as quais responderam favoravelmente ao pedido efetuado. Além disso, foi obtido parecer positivo para a realização do presente estudo à Comissão Nacional de Proteção de Dados e à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, junto das quais foi possível obter parecer positivo. Foi também solicitada autorização à DGE para a aplicação de inquéritos em meio escolar.

Para o preenchimento da escala os adolescentes e os pais/educadores foram informados sobre a finalidade e os objetivos do projeto a implementar. De salientar que, foi pedido o consentimento informado (Apêndice III) garantindo quer o anonimato quer a confidencialidade dos dados fornecidos e os participantes foram também informados que podiam recusar ou interromper a sua participação a qualquer momento sem qualquer prejuízo.

2.2.5 – Análise dos Dados

Caraterização da Amostra

Após a análise dos dados obtidos (Apêndice IV), pode verificar-se que a média de idades dos alunos que compõem a amostra é de 15 anos (70%), sendo que, 18 (36%) são do sexo feminino e 32 (64%) do sexo masculino.

Caraterização dos comportamentos alimentares dos alunos

Cada item da escala pode ter uma classificação de um (1) a cinco (5) pontos, que aumenta da esquerda para a direita, à exceção de determinados itens em que a pontuação é atribuída de forma inversa, isto é, de cinco (5) a um (1) ponto como a seguir se descreve:

- 1 – Nunca (zero vezes por semana);
- 2 – Raras vezes (1 a duas 2 vezes por semana);
- 3 – Algumas vezes (3 a 4 vezes por semana);
- 4 – Muitas vezes (5 a 6 vezes por semana);
- 5 – Sempre (7 vezes por semana).

Relativamente à quantidade alimentar é possível verificar que a média de respostas se encontra nos 3.16 pontos, o que significa que a resposta mais utilizada pelos alunos foi “Algumas vezes”.

No que concerne à qualidade alimentar a média de respostas dos alunos é de 3.31 pontos. Pode assim concluir-se que as respostas dos alunos se enquadram na classificação 3 - “Algumas vezes”.

No que diz respeito à variedade alimentar a média de respostas é de 3.87 pontos, o que corresponde a uma classificação 4 – “Muitas vezes”.

Por fim na dimensão da adequação alimentar a média de respostas é de 3.6 pontos, que equivale à classificação 3 – “Algumas vezes”.

De acordo com os autores da escala, após a soma de todas as questões, quanto maior for a pontuação obtida, melhor e mais adequados são os hábitos alimentares. Neste sentido, num total de 200 pontos possíveis, a média dos resultados obtidos foi de 139, pontos.

Através das respostas dos alunos, é possível verificar que existem lacunas nas diversas dimensões avaliadas pela ECA. Torna-se, portanto, evidente que é pertinente a existência de uma intervenção generalizada que foque vários aspetos das diferentes dimensões.

2.2.6 – Problemas identificados/Diagnósticos de Enfermagem

Tendo por base o Modelo de Promoção de saúde de Nola Pender, os diagnósticos de enfermagem devem ser definidos com o intuito de adquirir comportamentos promotores de saúde. Neste sentido, e de acordo com os problemas identificados foram determinados os seguintes diagnósticos de enfermagem através da utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (OE, 2015):

- Hábitos alimentares comprometidos;
- Défice de conhecimento sobre comportamentos alimentares adequados.

Após a determinação dos diagnósticos de enfermagem foi elaborado um cronograma de atividades (Apêndice V), que possibilitou uma eficiente gestão de tempo e de recursos.

2.3 – Determinação de Prioridades

De acordo com a metodologia do Planeamento em Saúde, a determinação de prioridades enquadra-se na segunda etapa do mesmo. Esta etapa permite, priorizar os problemas de saúde anteriormente identificados de modo a resolvê-los em primeiro lugar. Trata-se, portanto, de uma etapa rigorosa e essencial para a tomada de decisão (Tavares, 1990).

Tendo em conta que existem várias técnicas para definição de prioridades, houve necessidade de optar por uma técnica objetiva e adequada aos problemas identificados. Neste sentido, foi selecionada a Grelha de Análise, a qual engloba os seguintes critérios: importância do problema; relação entre o problema e o(s) fator(es) de risco; capacidade técnica de resolver o problema; e exequibilidade do projeto ou intervenção.

Aos critérios anteriormente referidos foram atribuídas classificações + (mais) e – (menos):

Importância do Problema:

- Hábitos alimentares pouco diversificados (-)
- Escolhas alimentares inadequadas (+)

Relação entre o problema e o(s) fator(es) de risco:

- Hábitos alimentares pouco diversificados (+)
- Escolhas alimentares inadequadas (+)

Capacidade técnica de resolver o problema:

- Hábitos alimentares pouco diversificados (+)
- Escolhas alimentares inadequadas (-)

Exequibilidade do projeto ou da intervenção:

- Hábitos alimentares pouco diversificados (-)
- Escolhas alimentares inadequadas (+)

Com o apoio da grelha de análise foi interpretada a sequência das classificações atribuídas aos problemas e foi determinado um score de 10 para o problema “Hábitos alimentares pouco diversificados” e um score de 3 para o problema “Escolhas alimentares inadequadas”. Segundo Tavares (1990), quanto menor o score mais prioritário é o problema. Assim, foi determinado como problema prioritário, alvo de intervenção – Escolhas alimentares inadequadas.

Os hábitos alimentares inadequados são considerados um fator de grande importância pois têm sido associados a padrões de excesso de peso e de obesidade. Neste sentido, é reconhecida a importância de prevenir maus hábitos alimentares durante a adolescência, devido ao seu impacto na saúde a longo prazo, nomeadamente, no desenvolvimento da obesidade e de outras doenças crónicas não transmissíveis (Dick & Ferguson, 2015; The Lancet, 2012; Worsley, 2015). Neste sentido, podemos afirmar que tanto os hábitos alimentares pouco diversificados como as escolhas alimentares inadequadas têm igual importância no que diz respeito ao fator de risco, dado que, são comportamentos alimentares que podem prejudicar a saúde dos indivíduos.

Relativamente à capacidade técnica de resolver o problema, as reduzidas intervenções de educação alimentar e nutricional têm sido apontadas pelos profissionais de saúde pública como uma das principais razões para os maus resultados de saúde relacionados com os hábitos alimentares dos adolescentes (Kimura, 2011; Silk et al., 2008). No entanto, apesar de tais intervenções conduzirem

a um melhor conhecimento sobre alimentação e nutrição, a tradução em comportamentos alimentares saudáveis pode ser limitada pelas competências e hábitos alimentares que cada indivíduo detém (Worsley, 2015). Neste sentido, torna-se evidente que há maior capacidade de atuar na área das escolhas alimentares inadequadas, uma vez que, a mudança no domínio dos comportamentos de saúde é essencial na prevenção da doença, morbilidade prematura e mortalidade (Johnson et al., 2010).

No que diz respeito à exequibilidade do projeto ou intervenção foi considerado que intervir sobre as escolhas alimentares inadequadas através da melhoria dos conhecimentos seria o mais adequado de acordo com os recursos disponíveis, nomeadamente, recursos temporais.

2.4 – Fixação de Objetivos

De acordo com Tavares (1990), a fixação de objetivos constitui a terceira etapa do processo de planeamento em saúde. Segundo o autor, os objetivos definidos devem ser bem formulados, pertinentes, precisos e claros para que seja possível atingir resultados. Devem ainda fornecer critérios acerca das atividades que se irão realizar.

Neste sentido, para a elaboração dos objetivos foram consideradas as características referidas anteriormente para intervir no seguinte problema: **escolhas alimentares inadequadas.**

Objetivo Geral:

- Contribuir para a promoção da literacia nutricional dos alunos do 10ºAno de escolaridade de uma escola secundária do concelho de Sintra.

Objetivos Operacionais:

- Aumentar em 10% a informação dos alunos de uma escola secundária do concelho de Sintra sobre a importância da leitura dos rótulos dos alimentos para escolhas alimentares adequadas.

- Aumentar em 70% o número de alunos do 10ºAno de escolaridade de uma escola secundária do concelho de Sintra que interpreta e descodifica os rótulos dos alimentos a fim de optarem por escolhas alimentares adequadas.

Para garantir a execução dos objetivos propostos foram também definidos alguns indicadores: atividade/execução e resultado/impacto. Imperatori (1993), afirma que os indicadores de atividade ou execução permitem medir a atividade desenvolvida, enquanto que, os indicadores de resultado contribuem para a quantificação dos problemas de saúde. Assim sendo, foram elaborados os seguintes indicadores:

Indicadores de Atividade:

$$\frac{N.^{\circ} \text{ de alunos presentes na sessão}}{N.^{\circ} \text{ total de alunos do 10.}^{\circ} \text{ ano}} \times 100$$

$$\frac{N.^{\circ} \text{ de sessões de EpS realizadas}}{N.^{\circ} \text{ de sessões de EpS previstas}} \times 100$$

$$\frac{N.^{\circ} \text{ de folhetos impressos}}{N.^{\circ} \text{ de folhetos distribuídos}} \times 100$$

$$\frac{N.^{\circ} \text{ de cartazes impressos}}{N.^{\circ} \text{ de cartazes afixados}} \times 100$$

Indicadores de Resultado:

$$\frac{N.^{\circ} \text{ total de respostas corretas}}{N.^{\circ} \text{ total de respostas}} \times 100$$

$$\frac{N.^{\circ} \text{ total de respostas incorretas}}{N.^{\circ} \text{ total de respostas}} \times 100$$

2.5 – Seleção das Estratégias

A seleção de estratégias é, para Imperatori (1993), uma das etapas mais importantes do processo de Planeamento em Saúde, pois, considera que nesta etapa é definido o processo mais adequado para diminuir os problemas de saúde considerados prioritários e afirma que a estratégia é “um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde” (Imperatori, 1993, p.87).

Tavares (1990), refere que na etapa de seleção de estratégias devem ser tidos em conta os custos, os obstáculos, a pertinência e as vantagens e desvantagens de cada estratégia, nunca esquecendo a necessidade de ajustar os recursos disponíveis. Para a consecução da intervenção foi tido em conta o modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, o qual assenta no conceito de promoção de saúde.

De acordo com Teixeira (s.d, p.615), a comunicação em saúde é a “utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde”. Segundo o mesmo autor, a comunicação em saúde tem influência em duas vertentes: individual e comunitária. Esclarece ainda que a nível individual contribui para a tomada de consciência dos diversos problemas de saúde e pode também influir na motivação para a diminuição de comportamentos de risco, aumentando as atitudes e a aquisição de comportamentos favoráveis e protetores da saúde; a nível comunitário contribui para mudanças positivas ao nível dos ambientes físicos e socioeconómicos que trazem consequências positivas na acessibilidade aos serviços de saúde e permite adquirir padrões que influenciam de forma positiva a saúde e qualidade de vida dos indivíduos (Teixeira, s.d).

Segundo Santos (2010), uma das principais estratégias inerentes a qualquer programa de promoção de saúde (e de prevenção de doença) passa pela educação para a saúde. De acordo com a OMS (1998), a educação em saúde é uma oportunidade construída para a aprendizagem envolvendo alguma forma de

comunicação destinada a melhorar a literacia em saúde incluindo a melhoria do conhecimento e no desenvolvimento de habilidades para a vida, que são favoráveis ao indivíduo e comunidade. Além disso, considera ainda que a educação para a saúde como “qualquer combinação de experiências de aprendizagem que tenham por objetivo ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento dos conhecimentos ou influenciando as suas atitudes” (WHO, 2012).

Segundo Carvalho et. al. (2006, p.26) “(...) a educação para a saúde, constitui um dos instrumentos mais eficazes contribuindo para o processo da promoção da saúde”, ou seja, é um processo através do qual se desenvolvem experiências de aprendizagem que são importantes para as pessoas na medida em que passam a ter um conhecimento mais aprofundado sobre determinado assunto o que permite que consigam tomar decisões de forma autónoma sobre questões relacionadas com a sua saúde.

Neste sentido, após o conhecimento das necessidades dos alunos do 10ºAno de escolaridade de uma escola secundária do concelho de Sintra através da aplicação da ECA foi possível perceber que as estratégias mais adequadas para a promoção da saúde seriam a comunicação em saúde, que levou à elaboração de um cartaz e de um folheto e as sessões de educação para a saúde, visto que, permitiu fornecer aos alunos conhecimentos e ferramentas para adquirirem comportamentos alimentares adequados.

2.6 – Preparação Operacional/Programação

A preparação operacional, de acordo com Tavares (1990), é a fase que operacionaliza a concretização do projeto de intervenção. Para Imperatori (1993), devem ser divulgadas os pormenores das atividades que irão ser desenvolvidas, incluindo como se vão desenvolver.

As atividades desenvolvidas foram estabelecidas de acordo com os objetivos operacionais delineados anteriormente. Tendo em conta que se pretende aumentar os conhecimentos dos alunos do 10ºAno de escolaridade de uma escola secundária do concelho de Sintra relativamente à leitura e descodificação dos rótulos dos alimentos e, tendo em consideração que, a estratégia escolhida para a consecução

da atividade foi a comunicação em saúde, esta pode ser realizada seja a nível comunitário seja a nível individual (Teixeira, s.d).

A nível comunitário foi determinado que seria importante informar, a população escolar através da elaboração e afixação de cartazes em toda a escola e distribuição de folhetos a todos os alunos. Dirigido especificamente aos alunos do 10º ano de escolaridade da amostra, optou-se por realizar sessões de educação para a saúde, pois, através das mesmas pretendeu-se melhorar a qualidade de vida dos adolescentes, dado que, a educação para a saúde capacita as crianças e adolescentes para o processo de literacia (DGE, 2017).

- Atividade 1 e 2 – Cartaz e Folheto com o título: “O que a comida te diz...O que escondem os rótulos dos alimentos...” (Apêndice VII)

Foi escolhido o tema dos rótulos dos alimentos por ser uma ferramenta essencial fazer escolhas alimentares mais adequadas e saudáveis. A elaboração e divulgação dos cartazes e dos folhetos teve como principal objetivo informar a comunidade escolar acerca da importância da escolha correta dos alimentos para consumo diário.

Dado que estes dois elementos se dirigem à comunidade escolar em geral, foram afixados e distribuídos pela escola.

- Atividade 3 – Sessão de Educação para a Saúde “Descodifica-te” (Apêndice VIII)

As sessões de educação para a saúde tiveram como objetivo aumentar os conhecimentos dos alunos relativamente à escolha dos produtos alimentares que consomem, através da interpretação dos rótulos dos alimentos. Durante a sessão foi possível clarificar a importância da correta leitura dos rótulos antes de optar por/adquirir determinado tipo de alimento.

Foram realizadas três sessões de educação para a saúde, correspondentes às três turmas que aceitaram participar no estudo, as quais constituem a amostra, como tal, a sessão teve como alvo os alunos que pertencem às três turmas.

No final de cada sessão, foram facultadas e distribuídas as receitas de bolachas feitas a partir de produtos naturais e sem adição de açúcar (aveia, canela, banana, raspa de laranja e extrato de baunilha), bem como, de água aromatizada (limão,

gengibre, canela e hortelã), como alternativa a determinadas bolachas/*snaks* e sumos que os adolescentes costumam consumir. Foi também distribuído a cada aluno um exemplar do Descodificador de Rótulos, produzido e publicado pela DGS e foi lançado o convite aos discentes para que o utilizassem quando se deslocassem ao supermercado. Por fim, foi solicitado que preenchessem um pequeno questionário composto por 10 itens de verdadeiro (V) e falso (F) (Apêndice IX) para avaliação dos conhecimentos adquiridos na sessão de educação para a saúde.

2.7 - Avaliação

A avaliação representa a última etapa do processo de planeamento em saúde e, segundo Tavares (1990), deve ser precisa e pertinente. Como tal, pretende-se que sejam revelados os resultados da forma como foi desenvolvido todo o processo incluindo os seus elementos integrantes, tais como os objetivos e/ou as atividades desenvolvidas. De acordo com Imperatori (1993, p.127), a avaliação tem como objetivo “determinar o valor de uma intervenção naquilo que nos conduz a uma decisão”, sendo que, “a avaliação deve basear-se em afirmações pertinentes, sensíveis e fáceis de obter”.

Com o objetivo de atingir os resultados que reflitam a realidade da intervenção executada, é necessário estabelecer indicadores, pois, é “através deles que conhecemos a realidade e medimos os avanços alcançados” (Imperatori, 1993, p. 132).

Indicadores de Atividade

Após o cálculo dos indicadores de atividade (Apêndice X), pode concluir-se que os 50 alunos estiveram presentes nas sessões de educação para a saúde o que representa 15,6% do número total de alunos do 10ºAno (320 alunos). Das 3 sessões de educação para a saúde previstas, todas se realizaram o que representa uma percentagem de 100%. Relativamente aos folhetos, foram impressos e distribuídos 30 folhetos (100%). No que diz respeito aos cartazes, foram impressos e afixados 6 cartazes (100%).

Indicadores de Resultado

Através da análise dos indicadores de resultado (Apêndice XI) é possível verificar que, foram preenchidos os 50 questionários entregues aos alunos num total de 500 questões analisadas 461 (92.2%) são respostas corretas. O que significa que, das 500 questões analisadas apenas 39 (7.8%) são incorretas.

Tendo em consideração os dados apresentados é possível compreender que os objetivos operacionais foram atingidos.

3. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA DESENVOLVIDAS NA PROMOÇÃO DA LITERACIA NUTRICIONAL DOS ADOLESCENTES

Atualmente, os enfermeiros deparam-se com desafios complexos no decorrer do exercício das suas funções, não só pela exigência em dar resposta às necessidades de cuidados de saúde aos indivíduos cada vez mais diferenciados, mas também devido à complexidade dos contextos de prestação de cuidados. Neste sentido, o desenvolvimento de competências revela-se essencial, na medida em que, enquanto profissionais de saúde, devemos estar preparados para prestar cuidados adequados e de qualidade à população de forma eficaz e assegurando a obtenção de ganhos em saúde.

Assim, ao longo deste percurso foi tido em consideração não só o desenvolvimento de competências do 2º ciclo de estudos, relativas aos Descritores de Dublin, mas também as competências comuns do EEECS.

Para Le Boterf (2006), as competências que um indivíduo detém são influenciadas por diferentes contextos, tais como, a socialização, a formação académica e a experiência profissional. Este autor considera também que se trata de um conceito dinâmico, pois, apesar de estar relacionado com a experiência profissional, está dependente dos diversos acontecimentos existentes ao longo da vida. No entanto, para Fleury & Fleury (2001), as competências de um indivíduo estão relacionadas com o “saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades”.

Também a OE definiu competências para o enfermeiro especialista, não só a nível comum, correspondentes a quatro domínios (responsabilidade profissional, ética e legal, gestão da qualidade, gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais), como ainda competências específicas para cada especialidade. Neste caso, as competências específicas do EEECS, foram promovidas pela utilização da metodologia do planeamento em saúde.

Inicialmente, e de acordo com a referida metodologia, foi possível efetuar a avaliação do estado de saúde de um grupo de alunos do 10ºano de uma escola

secundária, utilizando um questionário simples e de fácil preenchimento. Esta etapa foi crucial, pois, sem ela, tornar-se-ia extremamente exigente identificar as necessidades e intervir de acordo com as mesmas de modo adequado. Assim, é possível afirmar que, tal ação vai ao encontro daquilo que é preconizado pela OE e que consta no Regulamento n.º 428/2018 (p.19354), referindo que o EEECS “estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”.

Foram também desenvolvidas competências no domínio da avaliação e tomada de decisão, as quais estiveram presentes em todas as fases do processo, quer na identificação das necessidades do grupo e na priorização das mesmas, quer na definição de objetivos e na seleção de estratégias. Tais competências são transversais ao EEECS e ao estudante de 2º ciclo.

No que concerne à seleção de estratégias, foram tidos em conta os recursos disponíveis para o desenvolvimento das atividades, nomeadamente, os recursos económicos e tempo disponíveis. Importa referir que, a comunicação foi utilizada de forma geral ao longo de todo o processo e, especificamente, como uma estratégia essencial para promover a aquisição de comportamentos alimentares adequados. Assim sendo, foram desenvolvidas competências neste âmbito, as quais estão associadas não só aos Descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos, mas também contempladas no Regulamento n.º 428/2018 (p.19354) onde se pode verificar que o EEECS “contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”.

Além disso, é visível que a intervenção realizada teve em consideração uma das metas presentes no Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020 que preconiza o “controlo da incidência e da prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento até 2020”. Com efeito, e de acordo com o Regulamento n.º 428/2018 (p.19354), compete ao EEECS integrar “a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”.

Em conjunto com a aplicação da metodologia do planeamento em saúde, foi utilizado como referencial teórico o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, que, segundo a autora, trata-se de um processo em que a promoção da saúde engloba

três vertentes: a educação para a saúde, a prevenção de doenças e a proteção da saúde (Pender, Murdaugh e Parsons, 2015). Na esteira deste assunto, é possível verificar através dos resultados obtidos na avaliação que a utilização destas duas ferramentas, contribuiu para a prática reflexiva em enfermagem e para a capacitação do grupo sujeito à intervenção no sentido de capacitar para comportamentos alimentares adequados.

Por fim, a utilização dos conhecimentos adquiridos nas diversas unidades curriculares durante todo o percurso académico, bem como a autoaprendizagem aplicada ao longo do período de estágio na prestação de cuidados especializados a um grupo de alunos, foram essenciais para a aquisição de competências presentes nos Descritores de Dublin, correspondentes ao 2º ciclo de estudos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os desafios que enfrentados diariamente enquanto enfermeiros, requerem, cada vez mais, o conhecimento aprofundado dos determinantes em saúde para uma prestação de cuidados que transparecem as necessidades dos indivíduos. É também visível que, a atuação EEECSPT tem como principal foco o indivíduo, os grupos e/ou a comunidade. De facto, os conhecimentos científicos e a proximidade que estes têm das comunidades, permite-lhes prestar cuidados diferenciados e personalizados, dado que, têm plena consciência do meio envolvente e dos recursos existentes.

É essencial compreender as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e contribuir para a resolução dos mesmos de forma adequada. Além disso, determinar as necessidades de saúde dos indivíduos, grupos ou comunidades permite obter ganhos em saúde. Neste sentido, o presente projeto de intervenção comunitária teve como principal foco a promoção da alimentação adequada dos adolescentes desenvolvida em meio escolar, dado que, é evidente que os hábitos alimentares desadequados são um grave problema de saúde pública cujas consequências e complicações podem comprometer a vida e o futuro dos indivíduos. Assim, justifica-se a emergência de intervir e encontrar estratégias de intervenção eficazes, tais como a promoção da saúde.

Através da realização deste projeto, foi possível responder a necessidades formativas individuais, adquirir competências que estão contempladas no 2º ciclo e também competências específicas do EEECSPT.

A utilização da metodologia do planeamento em saúde e do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender para a consecução da intervenção comunitária, contribuíram para a aquisição de resultados positivos e para a organização e estruturação do pensamento e do projeto.

Com os dados obtidos após a aplicação da ECA, foi determinada a existência de escolhas alimentares inadequadas por parte do grupo de alunos e foi considerado um problema prioritário de intervenção. Através do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender é possível entender que são inúmeros os fatores que influenciam os

comportamentos de saúde, pelo que, cabe aos enfermeiros estabelecer estratégias de intervenção tanto individuais como em grupo. Assim, ao longo do estágio, as ações de enfermagem realizadas incidiram essencialmente sob a promoção da saúde quer a nível individual quer e a nível comunitário, pelo que, o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender foi um excelente contributo para a realização das intervenções.

Posteriormente, com a etapa da avaliação e através dos indicadores de atividade e resultado é possível verificar que as intervenções realizadas foram sucedidas. Após as sessões de educação para a saúde é visível que os alunos obtiveram uma melhoria dos conhecimentos relativamente às escolhas alimentares adequadas. Apesar disso, devido ao recurso temporal, não é possível comprovar e acompanhar se de facto alteraram os seus comportamentos alimentares diariamente, o que torna impossível compreender a existência efetiva de ganhos em saúde.

Neste sentido, e de acordo com o que está descrito ao longo deste relatório, entende-se que, os objetivos propostos foram atingidos através da aquisição de competências que permitiram a capacitação e a aquisição de conhecimentos de um grupo de adolescentes, essenciais para a melhoria do seu comportamento de saúde. É do conhecimento comum, que ainda existe muito mais a fazer nesta área em meio escolar. Futuramente, intervenções deste género com maior abrangência, no que diz respeito à faixa etária, seriam essenciais para atingir resultados benéficos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Braconnier, A., & Marcelli, D. . (2006). *As mil faces da adolescência*. Lisboa: Confrontações.
- Burrows, T. L., Lucas, H., Morgan, P. J., Bray, J. (2015). Impact evaluation of an after-school cooking skills program in a disadvantaged Community Back to basics. *Canadian Journal of dietetic Practice and Research*, 76(2), pp.1-7.
- Carvalho, A., & Carvalho, G. . (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Loures: Lusociência.
- Chung, L. (2017). Food Literacy of Adolescents as a Pradictor of Their Healthy Eating and Dietary Quality. *Journal of Child & Adolescent Behavior*, 5:3.
- Cullen, T., Hatch, J., Martin, W., Higgins, J. W.,. (2015). Food Literacy: Definition and framwork for action. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 76(3), pp.140-145.
- Diário da República. (2011). Regulamento N.º 128/2011. 2ª Série, Nº35.
- Diário da República. (2018). Regulamento N.º428/2018. 2ª Série, Nº135.
- Dick, B., & Ferguson, J. . (2015). Health for the World´s adolescents: a second chance in the second decade. *Journal of Adolescent Health*, 56, pp.3-6.
- Direção-Geral da Educação. (2017). *Educação para a Saúde*. Obtido de DGS: <http://www.dge.mec.pt/educacao-para-saude>. Consultado a 10/01/2018.
- Direção-Geral de Educação., & Direção-Geral de Saú. (2017). *Referencial de Educação para a Saúde*. Obtido de http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/referencial_educacao_saude_novo.pdf, Consultado a 22/11/2017.
- Direção-Geral de Saúde. (2002). *Princípios para uma Alimentação Saudável*. Obtido de DGS: <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008723.pdf>. Consultado 20/11/2018.

- Direção-Geral de Saúde. (2006). *Promoção da Saúde em Ambiente Escolar - Promoção de uma Alimentação Saudável*. Obtido de DGS: <https://www.dgs.pt/promocao-da-saude/saude-escolar/areas-de-intervencao/educacao-alimentar.aspx>, Consultado a 10/12/2017.
- Direção-Geral de Saúde. (2015a). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Obtido de DGS: <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>. Consultado a 02/11/2018.
- Direção-Geral de Saúde. (2015b). *Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020*. Obtido de DGS.
- Direção-Geral de Saúde. (2017). Obtido de DGS: http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1507564169PNPAS_DGS2017.pdf, Consultado a 10/12/2017.
- Easton, P., Entwistle, V. A, & Williams, B. . (2013). How the stigma of low literacy can impair patient-professional spoken interactions and affect health: insights from a qualitative investigation. *BMC Health Services Research*, 13(1), p.319.
- Ferreira, J.S., Loureiro, I., & Carmo, I. . (2010). *Prevalência de obesidade Infanto-juvenil em Portugal: Associação com os hábitos alimentares, atividade física e comportamentos sedentários dos adolescentes escolarizados de Portugal Continental (Tese de dissertação de doutoramento em Saúde Pública)*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa - Escola Nacional de Saúde Pública.
- Fleury,M., & Fleury,A. . (2001). Construindo o Conceito de Competência. *Revista de Administração Contemporânea*, 5, pp.183-196.
- Fortin, M. . (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Francis, D. B., & Rudder, K. G.-S. (2009). Fast-food and sweetened beverage consumption: association with overweight and high waist circumference in adolescents . *Publis Health Nutrition*, 12(8), pp.1106-1114.
- Gibbs, H. . (2012). Exploring nutrition literacy: Attention to assessment and the skills clients need . *Health*, 04(03), pp.120-124.

- Guttersrud, Ø., & Petterson, K. S. . (2015). Young adolescents engagement in dietary behaviour - the impact og gender, socio-economic status, self-efficacy and scientific literacy. Methodological aspects of constructing measures in nutrition literacy research using the Rasch model . *Public Health Nutrition*, 18(14), pp.2565-2574.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. . (1992). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: 3.^a Edição, Edições de Saúde.
- Johnson, B., Scott-Sheldon, L., & Carey, M. . (2010). Meta-synthesis of health behavior change meta-analyses. *American Journal Of Public Health*, 100, pp.2193-2198.
- Kimura, A. H. . (2011). Food education as food literacy: Privatized and gendered food knowledge in contemporary Japan. *Agriculture and Human Values*, 28(4), pp.465-482.
- Krause, C. S.-B. (2016). Just a subtle difference? Findings from a systematic review on definitions of nutrition literacy and food literacy. *Health Promotion International*, pp.1-12.
- Le Boterf, G. . (2006). Avaliar a Competência de um Profissional, Três dimensões a explorar. Reflexão RH.
- Lobstein et al. . (2004). *Obesity in children and young people: a crisis in public health*. Obtido de https://s3.eu-central-1.amazonaws.com/ps-wof-web-dev/site_media/uploads/Report.pdf. Consultado a 07/02/2018.
- Loureiro, I., & Miranda, N. . (2010). *Promover a Saúde - Dos Fundamentos à Acção*. Coimbra: Almedina.
- Moreno, L., M., K., & Heanu, S. G.-G. (2005). How to measure dietary intake and food habits in adolescence: the European perspective. *International Journal of Obesity*, 29, pp.66-77.
- Nicklas, T. A. (2013). Barriers and facilitators for consumer adherence to the dietary guidelines for americans: The health study. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 113 (10), pp.1317-1331.

- Nowak, A. J. (2012). Building Food Literacy and Positive Relationships with Healthy Food. *Children through School Gardens Childhood Obesity* 8(4), pp.392-395.
- Nutbeam, D. . (2007). Health literacy What do we know? Where do we go? *Health Literacy: International Union for Health Promotion and Education Conference, Vancouver British Columbia: IUHPE*.
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: What can we learn from studies. *Int J Public Health*, 54, pp.303-305.
- Ordem dos Enfermeiros . (2009). *Caderno temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros . (2010). *Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: OE, Volume I, Série I, N.º3.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). Tempo de Mudança. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, N.º22, pp.29-31.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: OE.
- Organização Mundial de Saúde. (1979). *Cuidados Primários de Saúde*. Obtido de Alma-Ata 1978: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf, Consultado a 20/11/2017.
- Organização Mundial de Saúde. (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Obtido de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>, Consultado a 20/11/2017.
- Organización Mundial de la Salud. (1995). *La salud de los jóvenes: un reto y una esperanza*. Geneva: OMS.
- Palumbo, R. (2016). *Sustainability of well-being through literacy. The effects of food literacy sustainability of well-being*. Obtido de Agriculture and Agricultural

Science Procedia: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aaspro.2016.02.013>, Consultado a 20/10/2018.

Pender, N.J. (2011). *Health Promotion Model Manual*. Obtido de University of Michigan: http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf. Consultado em maio de 2018

Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2015). *Health Promotion in Nursing Practice*. Bonton: 7ªed. Pearson.

Reilly, J. J., & Kelly, J. . (2011). Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: Systematic review. *Journal of Obesity*, pp.891-898.

Rowlands, G., Khazaezadeh, N., Oteng-Ntim, E., , & Seed, P., Barr, S., & Weiss, B. D. (2013). Development and validation of a measure of health literacy in the UK: the newest vital sign. *BMC Public Health*, 13(1), p.116.

Santos, O. (2010). *O papel da Literacia em Saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução de carga ponderal*. Obtido de Revista de Endocrinologia, Diabetes & Obesidade. Vol.4, N.º3: <http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/2320/1/%282010%29%20Literacia%20em%20sa%C3%BAde%20%20capacitando%20a%20pessoa%20com%20excesso%20de%20peso%20para%20o%20controlo%20e%20redu%C3%A7%C3%A3o%20da%20carga%20ponderal.pdf>, Consultado a 10/10/2018.

Silk, K.J., Sherry, J., Winn, B., Keesecker, N., & Horodyski, M. A., & Sayir, A. (2008). Increasing nutrition literacy: Testing the effectiveness of print, web site, and game modalities. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 40(1), pp.3-10.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde - Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

Teixeira, J., . (s.d.). Comunicação em saúde. Relação técnicos de saúde-utentes. *Notas Didáticas*, pp.615-620.

- The Lancet. (2012). Putting adolescents at the centre of health and development. Vol.379, p. 1561. Obtido de [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60536-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60536-4/fulltext), Consultado a 12/01/2019.
- Utter, J.; Denny, S.; Lucassen, M.; Dyson, B. . (2016). Adolescent cooking abilities and Behaviors: Associations with nutrition and emotional well-being. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 48(1), pp.35-41.
- Victor, J. F., Lopes, M. & Ximenes, L. B. . (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção de saúde de Nola J. Pender. *Acta Paul de Enfermagem*, 18(3), pp.235-240.
- Vidgen, H. A., & Gallegos, D. (2014). *Defining food literacy and its components*. Obtido de *Appetite*, 76, pp. 50-59: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2014.01.010>.
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (1999). *The health for all policy framework for the WHO European Region*. Obtido de WHO: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf, Consultado em junho de 2018.
- World Health Organization. (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging practice*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2007). *Prevalence of excess body weight and obesity in children and adolescents*. Obtido de WHO: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/97831/2.3.pdf, Consultado a 03/03/2018.
- World Health Organization. (2008). *Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non Communicable Diseases*. Obtido de WHO: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44009/9789241597418_eng.pdf;jsessionid=22FFFCBFDD1358BAC0DCD203BF6F86C6?sequence=1, Consultado a 03/03/2018.
- World Health Organization. (2012). *Health Education: Theoretical Concepts, effective Strategies and Core Competencies*. Obtido de WHO:

http://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf,
Consultado a 14/10/2018.

World Health Organization. (2014a). *Commission on Ending Childhood Obesity: asked questions*. Obtido de WHO: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/faq/en/>,
Consultado a 20/02/2018.

World Health Organization. (2014b). *Health for the World's Adolescents. A second chance in the second decade*. Obtido de WHO: <http://www.who.int/adolescent/second-decade>, Consultado a 16/01/2019.

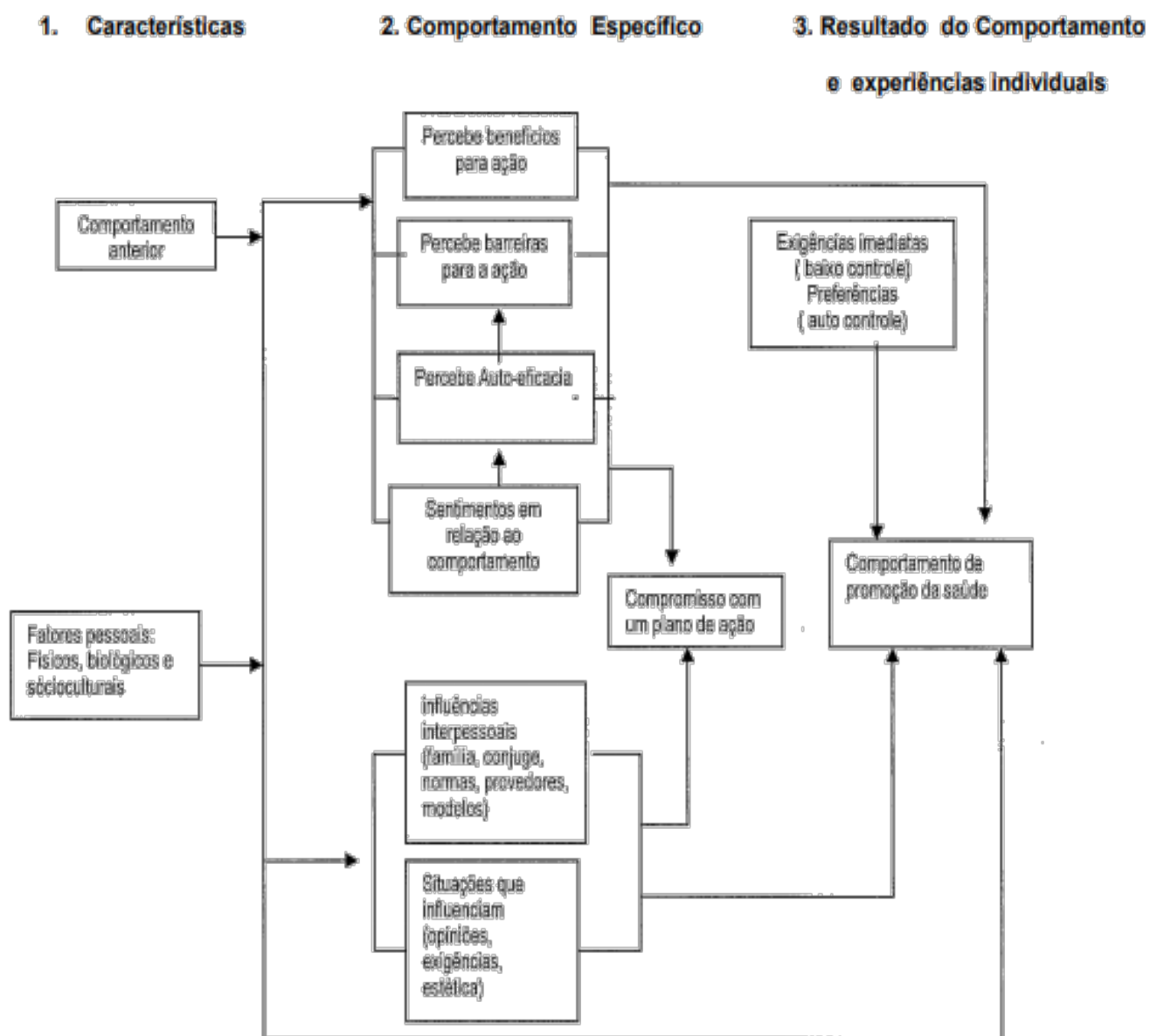
World Health Organization. (2017). *Adolescent obesity and related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002-2014*. Obtido de WHO: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/339211/WHO_ObesityReport_2017_v3.pdf?ua=1. Consultado a 12/11/2018.

Worsley, A. . (2015). From nutrients to food literacy. *Journal of the Home Economics Institute of Australia*, 22(3), pp.13-21.

ANEXOS

ANEXO I

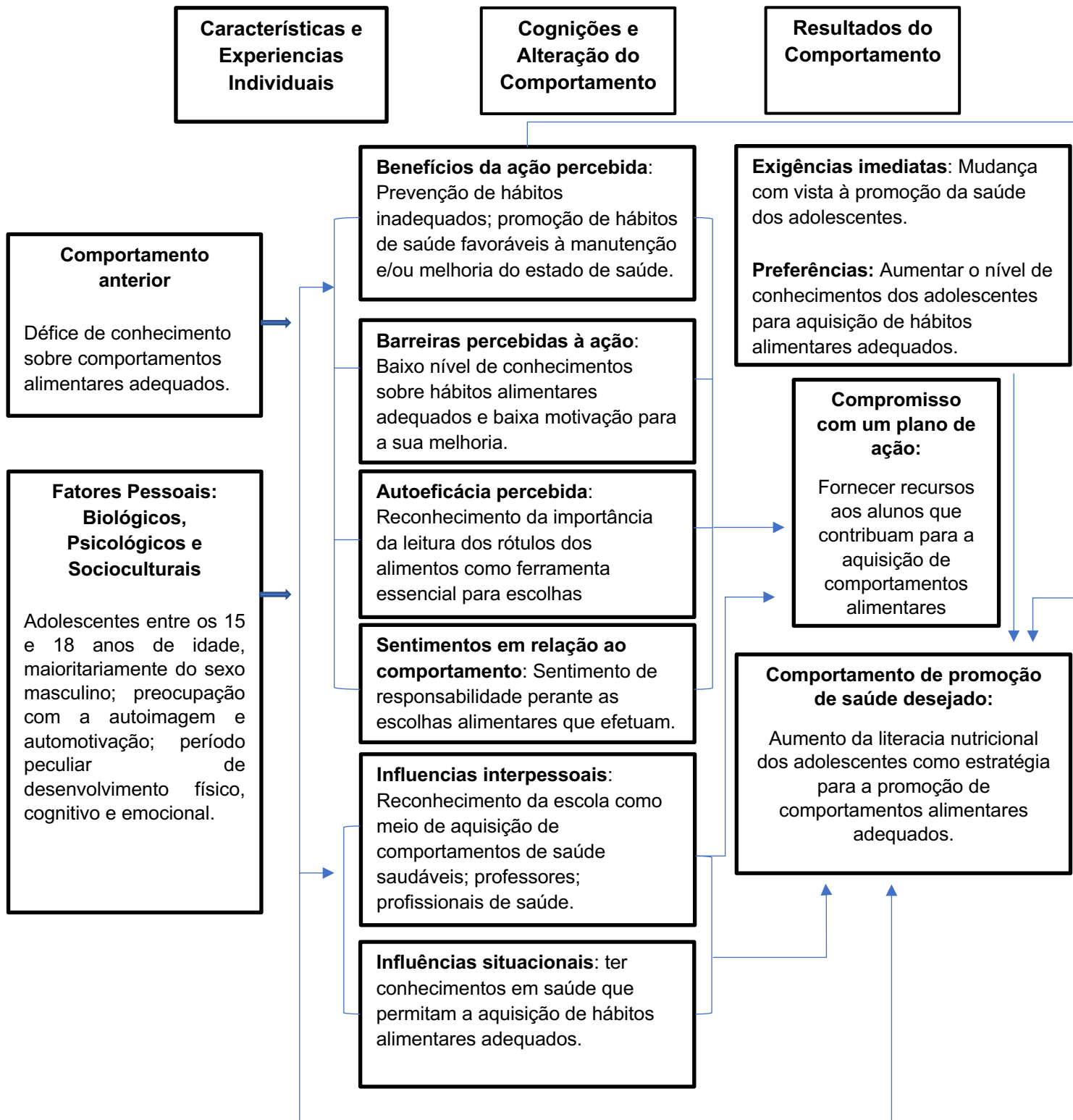
DIAGRAMA DO MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DE NOLA PENDER



ANEXO II

DIAGRAMA DO MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DE NOLA PENDER - ADAPTADO

Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender – Adaptado



ANEXO III
QUESTIONÁRIO DE COMPORTAMENTOS
ALIMENTARES

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE COMPORTAMENTOS ALIMENTARES**(Marques A. G.; Ferreira F.C.; Martins.; J. C.; Vaquinhos M. M.)****Instruções de preenchimento:**

Neste questionário vai encontrar um conjunto de afirmações relacionadas com comportamentos alimentares. Para cada questão assinale com uma cruz (x) a resposta que melhor corresponde ao que se passou consigo na última semana. Cada afirmação tem cinco opções de resposta:

Nunca (0 vezes por semana)**Raras vezes** (1 a 2 vezes por semana)**Algumas vezes** (3 a 4 vezes por semana)**Muitas vezes** (5 a 6 vezes por semana)**Sempre** (7 ou mais vezes por semana).

Lembre-se que não existem respostas certas ou erradas. O objectivo deste questionário é a pesquisa científica, por isso seja sincero nas suas respostas.

Idade: _____

Sexo: Feminino_____ Masculino_____

Naturalidade: _____

COMPORTAMENTOS ALIMENTARES		Nunca	Raras vezes (1 a 2 vezes)	Algumas vezes (3 a 4 vezes)	Muitas vezes (5 a 6 vezes)	Sempre (7 ou mais vezes)
1	Após acordar tenho por hábito tomar o pequeno-almoço (até 1 hora após acordar).					
2	Como devagar e mastigo bem os alimentos.					
3	Quando passo muitas horas sem comer, na refeição seguinte como mais que o habitual.					
4	Faço 5 ou 6 refeições por dia.					
5	Faço refeições com intervalos de 3 a 4 horas.					
6	O jejum nocturno não ultrapassa as 10 horas.					
7	Ingiro leite/iogurte/queijo.					
8	Como fruta.					
9	Como legumes e hortaliças.					

Promoção da Literacia Nutricional dos Adolescentes em Contexto Escolar

		Nunca	Raras vezes (1 a 2 vezes)	Algumas vezes (3 a 4 vezes)	Muitas vezes (5 a 6 vezes)	Sempre (7 ou mais vezes)
10	Como sopa.					
11	Como alimentos integrais ricos em fibra (pão integral, feijão, grão, frutos secos...).					
12	Como carnes gordas (porco, vaca, cordeiro ...).					
13	Como carnes magras (peru, frango, coelho).					
14	Adiciono aos alimentos produtos industriais (maionese, molhos ...).					
15	O azeite faz parte da minha alimentação					
16	Consumo os molhos gordos resultantes da confecção dos alimentos.					
17	Como pizzas, hambúrgueres e cachorros.					
18	Consumo produtos de charcutaria (salsichas, presunto, mortadela, fiambre, paio).					
19	Prefiro a comida com um pouco de sal a mais.					
20	Ingiro alimentos salgados (amendoins, <i>pistachios</i> , batatas fritas, ...).					
21	Ingiro alimentos ricos em açúcar (bolos, bebidas açucaradas, refrigerantes, chocolate...).					
22	À merenda, como um bolo ou um salgado (rissol, empada, croquete, ...).					
23	Quando como um doce opto por fazê-lo após a refeição (pudim, arroz doce, leite creme, ...).					
24	Prefiro comer bolos/bolachas a comer pão.					
25	Utilizo bastante açúcar para adoçar (chá, café, leite, ...).					
26	Adopto uma alimentação variada às refeições.					
27	Faço uma refeição de peixe e de carne alternadamente.					
28	Faço uma alimentação à base de cozidos e grelhados.					
29	Como as partes queimadas ou carbonizadas dos alimentos.					
30	Como alimentos fritos e assados no forno.					
31	Faço refeições abundantes.					
32	Petisco entre as refeições.					
33	Como quase sempre o mesmo tipo de alimentos.					
34	Consumo bebidas alcoólicas fora das refeições.					
35	Só bebo água quando tenho sede.					
36	Bebo pelo menos 1,5 L de água por dia.					
37	Consumo alimentos pré-cozinhados e enlatados.					
38	Como pão de mistura tipo caseiro (parolo, saloio, centeio ...).					
39	Como arroz/massa e batata					
40	Como peixes gordos (salmão, sardinha, cavala, carapau ...).					

ANEXO IV
AUTORIZAÇÃO DOS AUTORES DO QUESTIONÁRIO

Promoção da Literacia Nutricional dos Adolescentes em Contexto Escolar

montezuma@esenfc.pt

Re: Escala de Hábitos Alimentares

Para: Rita Martins

4 de abril de 2018, 21:00

M



Citando "Rita Martins" <ritam@campus.esel.pt>:

Boa noite Enfermeira Rita

Muito obrigado pelo seu contato e pelo interesse demonstrado na nossa escala.

Têm a nossa autorização para a utilizar no seu projeto.

Envio mais alguma informação relativa à escala.

Ficamos à sua disposição para algum esclarecimento que necessite.

Solicitamos que, no final, nos enviem o artigo de divulgação dos resultados ou cópia do relatório do vosso estudo.

Com as melhores saudações académicas,

Marina Montezuma

ANEXO V

PARECER DA COMISSÃO NACIONAL DE PROTEÇÃO DE DADOS



Autorização n.º 5717/ 2018

Rita Andreia Dinis Martins notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de realizar um Estudo Clínico com Intervenção, denominado Promoção da Literacia Nutricional dos Adolescentes em Ambiente Escolar .

Existe justificação específica para o tratamento de dados comportamentais, psicológicos ou volitivos, os quais estão diretamente relacionados com a investigação.

O participante é identificado por um código especificamente criado para este estudo, constituído de modo a não permitir a imediata identificação do titular dos dados; designadamente, não são utilizados códigos que coincidam com os números de identificação, iniciais do nome, data de nascimento, número de telefone, ou resultem de uma composição simples desse tipo de dados. A chave da codificação só é conhecida do(s) investigador(es).

É recolhido o consentimento expresso do participante ou do seu representante legal.

A informação é recolhida diretamente do titular.

As eventuais transmissões de informação são efetuadas por referência ao código do participante, sendo, nessa medida, anónimas para o destinatário.

A CNPD já se pronunciou na Deliberação n.º 1704/2015 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios aplicáveis para o correto cumprimento da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, alterada pela Lei n.º 103/2015, de 24 de agosto, doravante LPD, bem como sobre as condições e limites aplicáveis ao tratamento de dados efetuados para a finalidade de investigação clínica.

No caso em apreço, o tratamento objeto da notificação enquadra-se no âmbito daquela deliberação e o responsável declara expressamente que cumpre os limites e condições aplicáveis por força da LPD e da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, alterada pela Lei n.º 73/2015, de 27 de junho – Lei da Investigação Clínica –, explicitados na Deliberação n.º 1704/2015.

O fundamento de legitimidade é o consentimento do titular.



A informação tratada é recolhida de forma lícita, para finalidade determinada, explícita e legítima e não é excessiva – cf. alíneas a), b) e c) do n.º 1 do artigo 5.º da LPD.

Assim, nos termos das disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea a) do n.º 1 do artigo 28.º e do artigo 30.º da LPD, bem como do n.º 3 do artigo 1.º e do n.º 9 do artigo 16.º ambos da Lei de Investigação Clínica, com as condições e limites explicitados na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, que aqui se dão por reproduzidos, autoriza-se o presente tratamento de dados pessoais nos seguintes termos:

Responsável – Rita Andreia Dinis Martins

Finalidade – Estudo Clínico com Intervenção, denominado Promoção da Literacia Nutricional dos Adolescentes em Ambiente Escolar

Categoria de dados pessoais tratados – Código do participante; idade/data de nascimento; género; comportamentais, psicológicos ou volitivos com conexão com a Investigação

Exercício do direito de acesso – Através dos investigadores, por escrito

Comunicações, interconexões e fluxos transfronteiriços de dados pessoais identificáveis no destinatário – Não existem

Prazo máximo de conservação dos dados – A chave que produziu o código que permite a identificação indireta do titular dos dados deve ser eliminada 5 anos após o fim do estudo.

Da LPD e da Lei de Investigação Clínica, nos termos e condições fixados na presente Autorização e desenvolvidos na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, resultam obrigações que o responsável tem de cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os que intervenham no tratamento de dados pessoais.

Lisboa, 24-04-2018

A Presidente



Filipa Calvão

ANEXO VI

PARECER DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO

Promoção da Literacia Nutricional dos Adolescentes em Contexto Escolar



Exma. Senhora

Dr.ª Rita Andreia Martins

ritam@campus.esel.pt

C/c:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

8023/CES/2018

27.08.2018

Assunto: Promoção da literacia nutricional dos adolescentes em contexto escolar.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, e pelo procedimento de votação electrónica, emitiu um parecer favorável ao estudo.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido relativamente a este estudo, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo

LUIs RISCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723
geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt

ANEXO VII

PARECER DA DIREÇÃO DO ACES DE SINTRA

Promoção da Literacia Nutricional dos Adolescentes em Contexto Escolar

Mário Silva | ACES Sintra

29 de maio de 2018, 19:11



FW: Declaração

[Detalhes](#)

Para: ritam@campus.esel.pt, Cc: Cristina Pinto | UCC Abraçar Queluz, Conselho Clínico e de Saúde - Sintra

Boa Tarde

Vimos por este meio manifestar a nossa aprovação para o estudo proposto pela pertinência e interesse para o ACES Sintra

Com os melhores cumprimentos,

Mário Silva

Presidente do Conselho Clínico e da Saúde



ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, I.P.

ACES Sintra

Rua Teixeira de Pascoais

2745-852 Massamá

TEL: 214 398 530

www.arslvt.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR

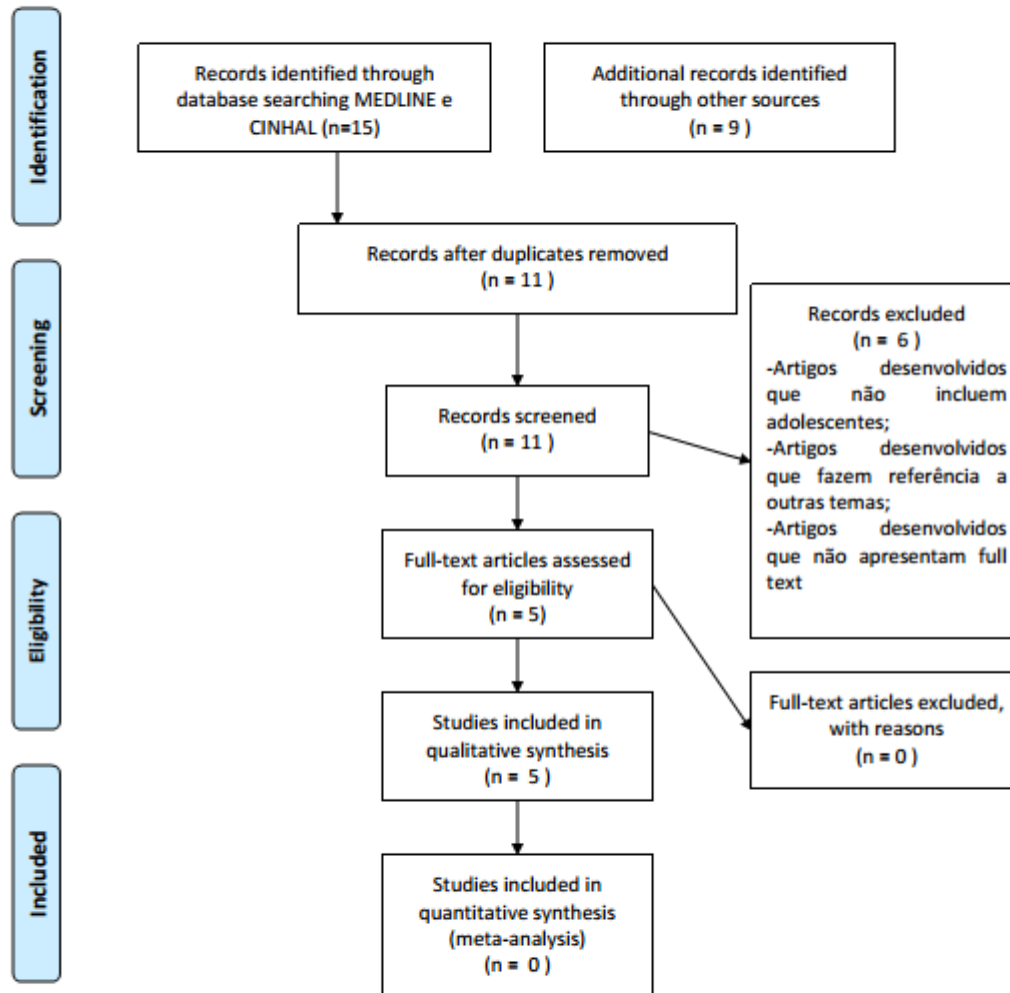


APÊNDICES

APÊNDICE I
REVISÃO *SCOPING*
CINHAL E MEDLINE



PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

APÊNDICE II

CRONOGRAMA

Promoção da Literacia Nutricional dos Adolescentes em Contexto Escolar

[illegible]

APÊNDICE III

CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Promoção da Literacia Nutricional dos Adolescentes em Contexto Escolar.

Enquadramento: Este projeto de intervenção comunitária surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob a orientação da Sr^a. Professora Cláudia Julião Bacatum. A realização deste estudo pretende compreender quais os hábitos alimentares dos adolescentes.

Explicação do estudo: Para a realização deste projeto é necessário a recolha de dados através de um Questionário de Hábitos Alimentares, que será preenchido pelo seu educando, em sala de aula. Os dados colhidos serão para caracterização da população em estudo e relativos aos comportamentos alimentares. O preenchimento do formulário demorará aproximadamente 10 minutos. A seleção dos participantes é aleatória, sendo que têm que frequentar o 10º Ano da Escola Secundária e ter idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos, a qual está abrangida pela saúde escolar da UCC Abraçar Queluz que pertence ao ACES de Sintra.

Condições e financiamento: A participação neste projeto é voluntária e gratuita, sem qualquer tipo de contrapartida, nem pagamento de deslocações. Pode recusar participar sem qualquer tipo de consequências e pode também abandonar o estudo a qualquer momento. O estudo é financiado pela investigadora e recebeu parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Confidencialidade e anonimato: Este estudo garante o anonimato dos participantes assim com a confidencialidade dos dados recolhidos. Os dados obtidos neste estudo poderão ser utilizados para publicação de caráter científico, mas sempre mantendo o anonimato e confidencialidade.

Agradeço a sua participação.

Rita Andreia Dinis Martins, Telemóvel: 917609993, e-mail: ritam@campus.esel.pt

Enfermeira

Assinatura do investigador: _____

Assinatura do participante: _____

-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

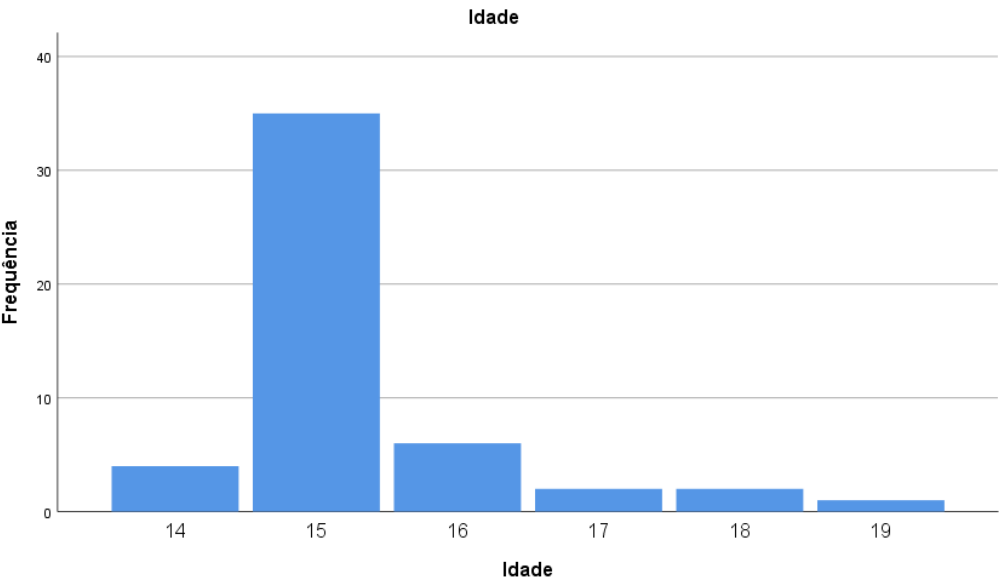
² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

APÊNDICE IV

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

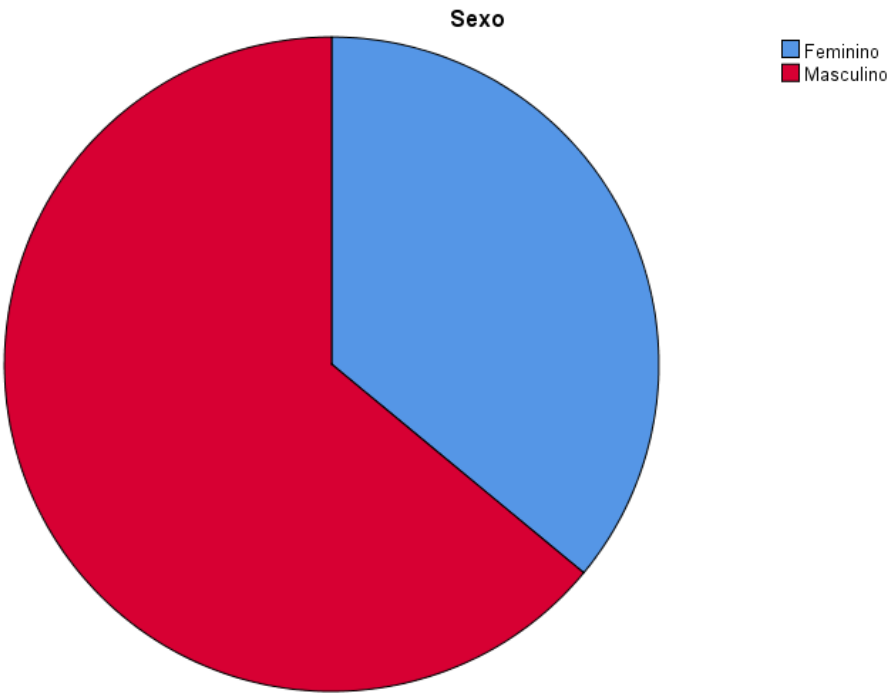
Promoção da Literacia Nutricional dos Adolescentes em Contexto Escolar

		Idade			Porcentagem acumulativa
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	
Válido	14	4	8,0	8,0	8,0
	15	35	70,0	70,0	78,0
	16	6	12,0	12,0	90,0
	17	2	4,0	4,0	94,0
	18	2	4,0	4,0	98,0
	19	1	2,0	2,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	



Promoção da Literacia Nutricional dos Adolescentes em Contexto Escolar

		Sexo			Porcentagem acumulativa
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	
Válido	Feminino	18	36,0	36,0	36,0
	Masculino	32	64,0	64,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	



APÊNDICE V

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Promoção da Literacia Nutricional dos Adolescentes em Contexto Escolar

Ano	2018			2019
Meses	OUT	NOV	DEZ	JAN
Atividade 1				
Atividade 2				
Atividade 3				

APÊNDICE VI

PLANO OPERACIONAL

Atividade 1 e 2: “O que a comida te diz... O que escondem os rótulos dos alimentos...”

Atividade 1 e 2	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivos a atingir	Avaliação
Cartaz e Folheto: “O que a comida te diz...O que escondem os rótulos dos alimentos...”	Enfermeira Mestranda	Outubro e novembro de 2018	Escola Secundária do concelho de Sintra. Sala de Aula da Escola Secundária do concelho de Sintra.	Cartaz e Panfleto	Divulgar a importância da escolha correta dos alimentos para consumo diário.	Nº de cartazes impressos <u>X</u> <u>100</u> Nº de cartazes afixados Nº de folhetos impressos <u>X</u> <u>100</u> Nº de folhetos distribuídos
Recursos Materiais	Cartaz, Folheto					

Atividade 3: Sessão de Educação para a Saúde: “Descodifica-te”

Atividade 3	Quem	Quando	Onde	Como	Objetivos a atingir	Avaliação
Sessão de Educação para a Saúde: “Descodifica-te”	Enfermeira Mestranda	Sessão 1: 14 de janeiro de 2019; Sessões 2 e 3: 17 de janeiro de 2019	Sala de Aula de uma Escola Secundária do concelho de Sintra.	Diapositivos e material de apoio	Aumentar em 70% o conhecimento dos alunos relativamente à interpretação dos rótulos dos alimentos para efetuarem escolha escolhas alimentares adequadas.	Nº de alunos presentes na sessão de EpS $\times 100$ Total de alunos do 10ºAno Nº de sessões de EpS realizadas $\times 100$ Nº de sessões de Eps previstas Nº total de respostas corretas $\times 100$ Nº total de perguntas Nº total de respostas incorretas $\times 100$ Nº total de perguntas
Recursos Materiais	Computador, projetor, embalagens de alimentos, folhas com tabelas de rótulos, ficha de avaliação de conhecimentos da sessão de EpS.					

APÊNDICE VI


ATIVIDADE 1 E 2


Company

22:47

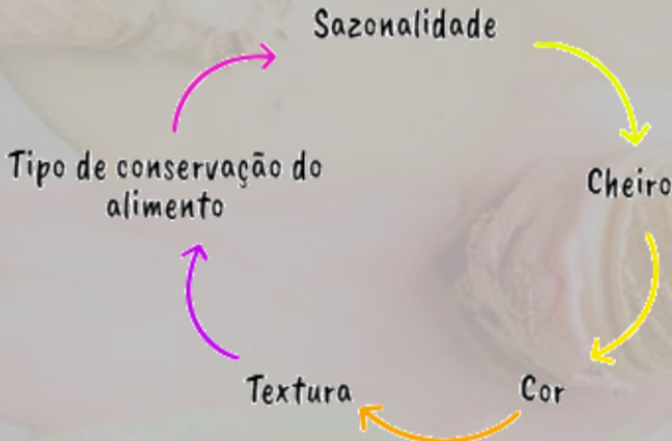
#Oqueacomidatediz

#Oquetedizemosrótulosdosalimentos...

**Rita Martins**
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

LIVE 

#Comoescolherosalimentos?



Associação Portuguesa dos Nutricionistas, 2010. <http://www.apn.org.pt/documentos/guias/Guiaдебolso.pdf>

#Dequeformafaçoaleiturarápidadeumrótulo?

DESCODIFICADOR DE RÓTULOS






	GORDURA (Lípidos)	GORDURA SATURADA	AÇÚCARES	SAL
ALTO	mais de 17,5g	mais de 5g	mais de 22,5g	mais de 1,5g
MÉDIO	entre 3 e 17,5g	entre 1,5 e 5g	entre 5 e 22,5g	entre 0,3 e 1,5g
BAIXO	3g ou menos	1,5g ou menos	5g ou menos	0,3g ou menos

Mais informações consulte www.alimentacaosaudavel.dgs.pt

ALIMENTOS por 100g

	GORDURA (Lípidos)	GORDURA SATURADA	AÇÚCARES	SAL
ALTO	mais de 17,5g	mais de 5g	mais de 22,5g	mais de 1,5g
MÉDIO	entre 3 e 17,5g	entre 1,5 e 5g	entre 5 e 22,5g	entre 0,3 e 1,5g
BAIXO	3g ou menos	1,5g ou menos	5g ou menos	0,3g ou menos

10,000,000 Gostos



Promoção da Literacia Nutricional dos Adolescentes em Contexto Escolar

#Comofazeraleiturarápidadeumrótulo?

DESCODIFICADOR DE RÓTULOS		ALIMENTOS por 100g			
		GORDURA (Lípidos)	GORDURA SATURADA	AÇÚCARES	SAL
ALTO	mais de	17,5g	5g	22,5g	1,5g
MÉDIO	entre	3-17,5g	1,5-5g	5-22,5g	0,3-1,5g
BAIXO	3g ou menos	1,5g ou menos	5g ou menos	0,3g ou menos	

Mais informações consulte www.alimentacaosaudavel.dgs.pt

Deve comparar a informação que consta no rótulo do alimento/bebida por 100g ou 100ml, respetivamente, com a informação disponibilizada neste cartão (gordura, gordura saturada, açúcares e sal).

Optar por nutrientes:

Maioritariamente da categoria verde;

Moderadamente da categoria amarela;

Evite da categoria vermelha.

#Referênciasbibliográficas

- # Associação Portuguesa dos Nutricionistas, 2010. <http://www.apn.org.pt/documentos/guias/Guidebolso.pdf>;
- # Associação Portuguesa de Nutricionistas, 2013. http://www.apn.org.pt/documentos/guias/GuiaAPN_AlimentacaoIdadeEscolar.pdf
- # Direção-Geral de Saúde. (2017). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Obtido de DGS: http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1507564169PNPAS_DGS2017.pdf, Consultado a 10/12/2017;
- # www.alimentacaosaudavel.dgs.pt.

Elaborado por: Estudante no 9º Curso de Mestrado em Enfermagem—Área de Especialização de Enfermagem Comunitária
ESEL
Rita Martins
Enfermeira Orientadora da UCC Abragor Queluz - Equipa Saúde Escolar:
Cristina Pindo
Professora Orientadora da ESEL:
Cláudia Bacatum



Novembro de 2018



#Como escolher alimentos?



#Como escolher produtos embalados?

- # Verifique o **prazo de validade**;
- # **Embalagem**: não pode estar enferrujada, amassada ou rasgada;
- # O produto não deve ter **cor, odor** ou **consistência** alterada;
- # Local de **armazenamento** apropriado.

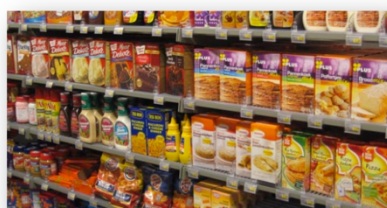
(APN, 2010)

#Como escolher produtos frescos?

Deve ter em atenção:

- # **Peixe, marisco e carne**: arca de refrigeração e separados por espécie;
- # **Ovos**: aparência, validade e local de armazenamento adequados.
- # A **fruta, leguminosas e produtos hortícolas** devem ser frescos.

(APN, 2010)



APÊNDICE VI

ATIVIDADE 3

DESCODIFICA-TE!

SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE



INFORMAÇÃO NUTRICIONAL
Porção de 200ml (1 copo)

Quantidade por porção		%
Valor energético	83 kcal = 349 kJ	4%
Carboidratos	9,5 g	3%
Proteínas	6,2 g	8%
Gorduras totais	2,2 g	4%
Gorduras saturadas	1,2 g	5%
Sódio	133 mg	6%
Cálcio	237 mg	24%

*Não contém quantidade significativa de gorduras trans e fibra alimentar
Valores Diários de referência com base em uma dieta de 2.000 cal ou 8.400 kJ. Seus valores diários podem variar dependendo de suas necessidades.

Estudante: Rita Martins
Enf's Orientadoras: Cristina
Pinto e Rita Resende
Professora Orientadora:
Cláudia Bacatum

Janeiro 2019

CEREAIS



CEREAIS – INFORMAÇÃO NUTRICIONAL POR 100G






Valor Energético	1630kJ/ 386kcal	Valor Energético	1558kJ/ 368kcal
Lípidos	4,5g	Lípidos	1,8g
dos quais saturados	1,3g	dos quais saturados	0,6g
Hidratos de carbono	74,6g	Hidratos de carbono	74,8g
dos quais açúcar	28,8g	dos quais açúcar	10,8g
Proteínas	7,4g	Proteínas	9,4g
Sal	0,32g	Sal	0,95g

Referência Bibliográfica: <https://www.nestle-cereals.com/pt/pt>

COLA





COLA – INFORMAÇÃO NUTRICIONAL POR 100ML

					
Valor Energético	180kJ/ 42kcal	Valor Energético	0,9kJ/ 0,2kcal	Valor Energético	0,8kJ/ 0,2kcal
Lípidos dos quais saturados	0g	Lípidos dos quais saturados	0g	Lípidos dos quais saturados	0g
	0g		0g		0g
Hidratos de carbono dos quais açúcar	10,6g	Hidratos de carbono dos quais açúcar	0g	Hidratos de carbono dos quais açúcar	0g
	10,6g		0g		0g
Proteínas	0g	Proteínas	0g	Proteínas	0g
Sal	0g	Sal	0,02g	Sal	0,02g



Referência Bibliográfica: <https://www.cocacola.pt/pt/inicio/>

PIZZA – INFORMAÇÃO NUTRICIONAL POR 100G

			
Valor Energético	1019kJ/ 243kcal	Valor Energético	840kJ/ 200kcal
Lípidos dos quais saturados	11,6g	Lípidos	7,5g
	2,8g	dos quais saturados	3,2g
Hidratos de carbono dos quais açúcar	25,3g	Hidratos de carbono	22g
	6,7g	dos quais açúcar	3,8g
Proteínas	8,4g	Proteínas	9,7g
Sal	1,25g	Sal	1,1g

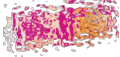
Referência Bibliográfica: [https://www.continente.pt/stores/continente/pt-pt/public/Pages/ProductDetail.aspx?ProductId=5937394\(eCsf_RetekProductCatalog_MegastoreContinenteOnline_Continente\)&refiner=%23%2F%3Fpage%3D4#](https://www.continente.pt/stores/continente/pt-pt/public/Pages/ProductDetail.aspx?ProductId=5937394(eCsf_RetekProductCatalog_MegastoreContinenteOnline_Continente)&refiner=%23%2F%3Fpage%3D4#); <https://www.oetker.pt/pt-pt/os-nossos-produtos/pizza-e-snacks/yes-its-pizza/yes-its-pizza-couve-flor.html>

BATATAS FRITAS – INFORMAÇÃO NUTRICIONAL POR 100G

	Valor Energético	2220kJ/ 533kcal		Valor Energético	2055kJ/ 490kcal
	Lípidos dos quais saturados	33,7g 3,0g		Lípidos dos quais saturados	22g 2,2g
	Hidratos de carbono dos quais açúcar	48,8g 0,6g		Hidratos de carbono dos quais açúcar	64g 0,3g
	Proteínas	6,5g		Proteínas	6,9g
	Sal	1,3g		Sal	1,4g

Referência Bibliográfica: <https://www.pepsico.pt/pdf/nutricion/Ruffles/Ruffles%20Originais.PT.pdf>

BOLACHAS – INFORMAÇÃO NUTRICIONAL POR 100G

	Valor Energético	2010kJ/ 480kcal		Valor Energético	1835kJ/ 438kcal		Valor Energético	1810kJ/ 429kcal
	Lípidos dos quais saturados	20g 9,8g		Lípidos dos quais saturados	18g 1,8g		Lípidos dos quais saturados	9,3g 4,5g
	Hidratos de carbono dos quais açúcar	69g 38g		Hidratos de carbono dos quais açúcar	65g 0,7g		Hidratos de carbono dos quais açúcar	77g 18g
	Proteínas	5g		Proteínas	7,7g		Proteínas	7,7g
	Sal	0,9g		Sal	0,75g		Sal	0,85g

Referência Bibliográfica: <https://www.oreo.pt/a-gama>; <https://gullon.es/pt/produto/digestive-aveia-sem-acucares/>; [https://www.continente.pt/stores/continente/pt-pt/public/Pages/ProductDetail.aspx?ProductId=4883902\(eCsf_RetekProductCatalog_MegastoreContinenteOnline_Continente\)#](https://www.continente.pt/stores/continente/pt-pt/public/Pages/ProductDetail.aspx?ProductId=4883902(eCsf_RetekProductCatalog_MegastoreContinenteOnline_Continente)#)

DIET, LIGHT, ZERO, MAGRO E INTEGRAL				
Diet	Ligth	Zero	Magro	Integral
<ul style="list-style-type: none">• Menos quantidade de determinado nutriente/ingrediente: gordura, açúcar ou sal;• Útil para pessoas com doenças crónicas, como diabetes, hipertensão ou colesterol elevado.	<ul style="list-style-type: none">• Apresentam uma redução mínima de 30%, de um ou mais nutrientes;• Pode conter menos calorias que o produto semelhante.	<ul style="list-style-type: none">• Determinado nutriente reduzido;• Não contém mais de 0,5g de açúcar;• Não contém mais de 0,5g de gordura;• Não indica que o produto não tem calorias.	<ul style="list-style-type: none">• Baixo teor de gordura;• Menos de 3g de gordura por cada 100g;• Menos de 1,5g de gordura por cada 100ml.	<ul style="list-style-type: none">• Aproveitamento o íntegro do grão.• Poderá conter mais gordura (boas gorduras), a sua vantagem reside no maior conteúdo de fibras.

Referência Bibliográfica: https://saboreiaavida.nestle.pt/alimentacao-saudavel/nutricao/366/diferenca-produtos-dieteticos/?fbclid=IwAR09dvZhSD7IPumkkNF0wIthFKQ8z3YzQDrRjjo9dqhZy3CqMrd7G_EV9A

COMO LER OS RÓTULOS DOS ALIMENTOS?

DESCODIFICADOR DE RÓTULOS		ALIMENTOS por 100g			
		GORDURA (Lípidos)	GORDURA SATURADA	AÇÚCARES	SAL
ALTO		mais de 17,5g	mais de 5g	mais de 22,5g	mais de 1,5g
MÉDIO		entre 3 e 17,5g	entre 1,5 e 5g	entre 5 e 22,5g	entre 0,3 e 1,5g
BAIXO		3g ou menos	1,5g ou menos	5g ou menos	0,3g ou menos

Mais informações consulte www.alimentacaosaudavel.dgs.pt

Obrigada pela atenção!

APÊNDICE VII
QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE
CONHECIMENTOS DA SESSÃO DE
EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Questionário

Sessão de Educação para a Saúde

Tema – “Descodifica-te”

Duração – 45min

Assinale (V) se Verdadeiro ou (F) se Falso.

	V	F
1. O rótulo de um produto alimentar é considerado o seu bilhete de identidade.		
2. Os cereais tipo “Fitness” têm menos sal do que os cereais tipo “Chocapic”.		
3. A cola Zero não tem sal.		
4. As pizzas são consideradas alimentos saudáveis.		
5. As batatas tipo “Ligth” têm menos sal do que as do tipo “Originais”.		

6. Devo optar por bolachas com mais quantidade de açúcar.		
7. Os produtos integrais têm um reduzido valor de fibras.		
8. Um produto magro tem baixo teor de gordura.		
9. Os produtos “Zero” são sinónimo de alimento saudável.		
10. Os produtos que se encontram na zona verde são os que devo consumir mais vezes.		

Grata pela sua colaboração!

APÊNDICE VIII

INDICADORES DE ATIVIDADE

Promoção da Literacia Nutricional dos Adolescentes em Contexto Escolar

Indicador	Total n (%)
Alunos presentes nas sessões de EpS	50 (15,6%)
Sessões de EpS realizadas	3 (100%)
Folhetos distribuídos	30 (100%)
Cartazes afixados	6 (100%)

APÊNDICE IX

INDICADORES DE RESULTADO

Promoção da Literacia Nutricional dos Adolescentes em Contexto Escolar

Indicador	Total n (%)
Total de respostas corretas	458 (91,6%)
Total de respostas incorretas	42 (8,4%)